

Migration des Ascarides Lombricoïdes

dans le

FOIE ET LE PANCRÉAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges XÉMARD

Né à Fontenoy-le-Château (Vosges), le 11 mars 1884

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, Cours Gambetta, 32

—
1908

Migration des Ascarides Lombricoïdes

dans le

FOIE ET LE PANCRÉAS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1908-1909 — N° 44

Migration des Ascarides Lombricoïdes

dans le

FOIE ET LE PANCRÉAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges XÉMARD

Né à Fontenoy-le-Château (Vosges), le 11 mars 1884

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, Cours Gambetta, 32

1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT. ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M LORTET.

MM. **PROFESSEURS HONORAIRES**
CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LEPINE.
	TEISSIER.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales.	JABOULAY.
	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET.
Clinique ophtalmologique.	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.).
Clinique des maladies des femmes	X....
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie.	BEAUVISAGE.
Matière médicale et Botanique.	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie	MORAT.
Physiologie	ROQUE.
Pathologie interne.	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	PAVIOT.
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée.	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE.
Pharmacologie.	

PROFESSEURS] ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR.	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Etienne)	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	LATARGET, ch..
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE.	BÉRIEL, ch....
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, Président ; NEVEU-LEMAIRE, Assesseur ;
MM. LESIEUR et BÉRIEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection
et de mon infinie reconnaissance pour tous les
sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MON FRÈRE

Elève à l'Ecole vétérinaire d'Alfort

Mon meilleur ami. Je fais pour lui les plus
beaux vœux d'avenir.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUIART

Professeur de Parasitologie
à la Faculté de Médecine de Lyon

Il nous a donné l'idée de ce travail.
Nous lui exprimons toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NEVEU-LEMAIRE

Il a bien voulu s'intéresser à notre thèse
et nous aider de ses conseils. Nous sommes
heureux de l'assurer de notre profonde
gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

*Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux*

Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse. Qu'il nous permette de lui adresser l'hommage de nos respectueux remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'habitat normal de l'*Ascaris lumbricoïdes*, chez l'homme, est l'intestin grêle. Il quitte quelquefois cet intestin et sort par une voie naturelle, l'anus. Mais l'Ascaride est doué de mouvements énergiques. Il peut remonter dans l'estomac et de là être expulsé par la bouche. Arrivé dans le pharynx il peut retomber dans le larynx et causer la mort subite par obstruction des voies aériennes,

Non-seulement l'Ascaride provoque des lésions de la paroi intestinale, mais il peut traverser cette paroi, provoquer une péritonite, ou même traverser la paroi abdominale et arriver au dehors.

Les parties les plus inaccessibles peuvent être envahies par l'Ascaride. On l'a signalé dans l'œil, le cerveau, le canal rachidien ; la cavité médullaire des os même en a offert des exemples.

Mais les migrations les plus fréquentes semblent être celles qui se font dans le foie et le pancréas. Ce sont celles que nous occuperont spécialement.

Dans un premier chapitre nous étudierons l'histoire de la question pour réfuter les idées anciennes et

en particulier celles de Davaine. Dans un second chapitre nous rapporterons les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

Dans un troisième chapitre nous étudierons les lésions anatomo-pathologiques du pancréas, des voies biliaires et du foie.

Dans un quatrième chapitre nous essayerons de tirer des observations une symptomatologie, un tableau clinique en rapport avec les symptômes observés pendant la vie, et les lésions constatées après la mort.

Dans un cinquième chapitre feront suite les conclusions.

Historique. — Etat actuel de la question

Au XVIII^e siècle les auteurs ont fréquemment fait mention d'épidémies de dysenterie et de fièvre vermineuses. En 1806, Røderer et Wagler écrivent un traité de la maladie muqueuse où le rôle pathogène des vers est nettement mis en évidence. Il est certain qu'on a exagéré à cette époque l'importance des vers, mais il y a cependant une part de vérité. Davaine lui-même déclare « qu'il est impossible de ne pas être frappé de l'existence presque générale des lombrics dans quelques-unes de ces épidémies et de n'y pas chercher plus qu'une coïncidence ; il est au moins certain que ces entozoaires ont été quelquefois une complication fâcheuse qui réclamait un traitement particulier. »

Ces faits sont cependant tombés dans l'oubli. « C'est que, comme le dit le Professeur Guiart, Davaine a tenté de réduire à néant le rôle pathogène de l'Ascaride, et les auteurs qui l'ont suivi ont répété invariablement ses conclusions, les uns sans se demander si elles étaient en réalité pleinement justifiées, les autres parce qu'ils n'osèrent pas s'élever contre les opinions du Maître. »

« Il est certain qu'à l'heure actuelle on ne peut plus

revenir à la croyance aux fièvres vermineuses et encore moins aux phlegmasies vermineuses » et en cela Davaine a raison. Mais il n'en est pas moins vrai que l'*Ascaride lombricoïde* est souvent cause de désordres graves dans l'organisme.

Son séjour ordinaire est l'intestin grêle. On peut le trouver dans des cavités qui communiquent plus ou moins immédiatement avec le canal digestif. On l'a rencontré quelquefois dans le pancréas, et plus souvent dans le foie. Cette migration dans le foie est connue depuis longtemps. Les premiers auteurs qui l'ont constatée ont cherché à en déterminer les causes.

Wierus avance que la pénurie d'aliments force les ascarides lombricoïdes à quitter l'intestin et à s'engager dans les conduits étroits de la bile. Il serait difficile aujourd'hui de partager cette croyance naïve.

Cruveilhier (1831) admet que les *Ascarides* trouvés à l'autopsie dans le foie et le pancréas ne se sont introduits dans ces organes qu'après la mort ou pendant l'agonie. « Comment l'orifice commun des canaux cholédoque et pancréatique, qui, comme tous les orifices muqueux, est pourvu d'une vitalité si remarquable, ne s'opposerait-il pas pendant la vie à la pénétration de ces vers dans les conduits biliaires ? » Cependant Guersent rapporte une observation où il semble que l'on doive attribuer à la présence des lombricoïdes dans les conduits hépatiques les convulsions et la mort d'un jeune enfant.

A l'autopsie aucune lésion cérébrale, pulmonaire ou gastro-intestinale. Mais, dit *Cruveilhier*, combien de convulsions mortelles de l'enfance qui ne s'expliquent par aucune lésion organique appréciable !

Un fait rapporté par *Laënnec* semble confirmatif de l'opinion de Guersent. Mais Cruveilhier regrette « qu'un aussi bon observateur ne soit pas entré dans plus de détails. » Et il maintient son opinion, ne voyant dans la migration des Ascarides qu'un phénomène organique on « post mortem. »

Les avis étaient donc déjà partagés. *Laënnec*, en particulier, semblait prétendre que les Ascarides pouvaient fort bien pénétrer dans le foie pendant la vie de l'individu. Il fit même l'expérience suivante : il plaça des Ascarides dans de l'eau froide. Ceux-ci étaient rapidement tués, alors qu'il était possible de les maintenir vivants en les mettant dans de l'eau à la température du corps humain.

Davaine reprit la question plus tard. Il refit l'expérience de *Laënnec*. Il plaça dans l'eau des Ascarides « simplement engourdis par le froid » Il éleva la température de cette eau jusqu'à 39° ou 40° et constata que les vers s'agitaient alors avec une intensité toute particulière. Le refroidissement du cadavre ne pourrait donc qu'engourdir les Vers et non les exciter. On pourrait croire que de cette expérience *Davaine* eût tiré la conclusion qui semble logique, à savoir que la pénétration des vers dans le foie ne peut se faire après la mort puisqu'ils sont engourdis par le froid. Il n'en est rien et *Davaine* arrive à une opinion tout opposée. Les Ascarides lombricoïdes n'auraient, suivant lui, aucune tendance, chez l'individu vivant, à quitter leur séjour normal. Il se peut que, dans quelques cas, chez le vivant, il se fasse quelques migrations. Mais la majorité des cas serait un phénomène post mortem.

« Il ne faut pas croire, dit-il, que les vers rencontrés à l'autopsie dans un organe, s'y trouvaient nécessairement pendant la vie du malade, ni qu'ils avaient avant la mort la situation dans laquelle on les trouve ; les vers vivent encore plusieurs heures après la mort de leur hôte, et leurs mouvements sont encore assez énergiques pour qu'ils puissent ramper dans les intestins et traverser des orifices qui ne leur opposent plus actuellement aucun obstacle. »

Et voilà comment Davaine interprète les faits ! Il rassemble toutes les observations de migration des *Ascaris* qu'il peut trouver et il formule son opinion : Les *Ascarides lombricoïdes* ne quittent l'intestin grêle pour pénétrer dans les organes qu'après la mort de leur hôte, du moins dans la plupart des cas. Et cette opinion est acceptée par presque tous les auteurs qui viennent après lui. Elle émane d'un maître incontesté et ne pourrait être discutée.

Il est bon cependant de remettre les choses au point. On ne peut plus accepter les conclusions de Davaine qui sont complètement erronées. La migration des *Ascarides lombricoïdes* dans le pancréas et le foie ne se produit pas après la mort de l'individu : elle se fait au contraire pendant la vie, et c'est ce que nous allons essayer de démontrer avec quelques preuves à l'appui.

La première erreur de Davaine était de croire que les *Ascarides* ne pénétraient dans le foie qu'à l'état adulte. « Ils ne peuvent, disait-il, se développer dans les voies biliaires, ni dans le tissu du foie. Ils n'y sont point portés en germe, comme on l'a dit de nos jours, mais ils arrivent de l'intestin. » Et comme conséquence il ad-

mettait que pour que cette migration fût possible, le canal cholédoque devait au préalable être dilaté par diverses causes, telles que le passage d'échinocoques ou de calculs biliaires. Il est vrai que le calibre du cholédoque est en disproportion avec le diamètre d'un *Ascaris* adulte.

Il y a plusieurs objections à faire. C'est surtout chez l'enfant que s'opère la migration des *Ascaris* dans le foie : or l'échinococcose et la calculose hépatique sont deux affections d'une extrême rareté chez l'enfant. D'ailleurs à quoi bon admettre cette dilatation préalable du canal cholédoque ? N'est-il pas plus logique de penser que l'*Ascaris* s'y introduit à l'état jeune ? Il est démontré en effet que non seulement l'*Ascaris lombricoïdes* peut vivre dans le foie, mais qu'il peut même s'y développer.

La bile n'est pas un anthelminthique. Cruveilhier le reconnaissait déjà : « La bile ne s'opposerait pas au séjour ni même au développement des *Ascarides* dans les voies biliaires ; car la bile existe aussi bien dans le canal intestinal que dans les voies biliaires. Il est vrai que dans le canal alimentaire son âcreté est atténuée par la présence des mucosités et des matières alimentaires ; mais la douve du foie vit au milieu et probablement aux dépens de la bile. »

Rœderer et Wagler (Traité de la maladie muqueuse), prétendaient que : « les vers ne fuient pas la bile à cause de son amertume, mais ils la recherchent comme un mets très agréable. Il faut que la bile soit viciée pour qu'ils la recherchent. Elle est nécessaire à leur développement. La bile ramenée au caractère louable

du fluide savonneux et balsamique, et la pureté des premières voies rétablie, les vers quittent le corps spontanément, même sans anthelminthique ».

C'est exagéré, mais il n'en est pas moins vrai que la bile ne s'oppose pas au séjour ni n'entrave le développement des *Ascarides lombricoïdes*.

Il est probable que le suc pancréatique n'est pas non plus un anthelminthique.

Les *Ascarides lombricoïdes* peuvent donc vivre dans le foie. A l'autopsie d'individus morts d'*Ascaridiose* hépatique, on constate des lésions avancées des voies biliaires et du parenchyme hépatique qui ne peuvent s'expliquer que par une pénétration déjà ancienne des *Ascarides* dans le foie. Si, comme le prétend Davaine, cette migration ne se fait qu'après la mort, il faudrait admettre que les lésions du foie sont antérieures à cette migration. Mais quelle étiologie donner aux abcès qu'on rencontre si souvent? Comment interpréter aussi ce fait qu'on trouve quelquefois des *Ascarides* « morts, flétris, et comme macérés », et cet autre dans lequel on a constaté qu'un *Ascaris lombricoïde* formait le centre d'un calcul biliaire? Et d'ailleurs, pour reprendre l'expérience de Davaine, comment se fait-il que les *Ascarides* sont doués de mouvements plus énergiques quand la température atteint 37° et même 40°? Le froid les engourdit, les paralyse; le refroidissement du cadavre ne saurait que diminuer ou même détruire leur vitalité. Il est certain que les *Ascarides* sont doués de mouvements énergiques à l'intérieur de l'intestin. Sous l'influence d'une élévation de température fébrile, comme l'a montré Demateis, ces mouvements s'accen-

tuent, et les parasites peuvent alors devenir très dangereux pour l'hôte qui les héberge. Le Professeur Guiart est allé plus loin, et a montré que « non seulement la fièvre peut provoquer l'action pathogène de l'*Ascaris*, mais que ce dernier, par sa seule présence, peut provoquer la fièvre ou du moins, pour être plus exact, des altérations de l'intestin qui vont pouvoir servir de porte d'entrée à l'infection ». Voilà donc l'*Ascaris*, sous l'influence d'une élévation de température, qui devient dangereux, parce que son énergie semble s'accroître ! Ne serait-ce pas à ce moment qu'il aurait des tendances à se glisser jusque dans le foie ?

Cette pénétration intra-hépatique ne se fait pas d'ordinaire sans bruit. On constate tout un cortège de symptômes divers, souvent graves, que nous étudierons dans un chapitre spécial. Quand la vérification anatomique est possible, on compare les lésions et les symptômes relevés pendant la vie. Et il est tout naturel de conclure que les auteurs de tout le mal sont les *Ascarides lombricoïdes* qu'on rencontre parfois en très grand nombre dans le foie.

En résumé, nous admettrons que, contrairement à l'opinion de Davaine, la pénétration des *Ascarides lombricoïdes* dans le pancréas et dans le foie se fait pendant la vie de l'individu qui les héberge. Nous basons cette conclusion sur l'expérience de Davaine, sur les lésions souvent considérables soit des canaux biliaires ou du canal pancréatique, soit du tissu hépatique ou pancréatique, et sur les symptômes constatés.

OBSERVATIONS

Ascarides lombricoïdes dans le pancréas

Nous relevons dans Davaine les observations suivantes :

Premier cas. — *Thomas Bartholin.* (Epistola medicina, cent., I, épistola LXII, 1644.)

Un ver assez volumineux dans le pancréas.

Deuxième cas. — *Fr. Gmelin,*

A l'autopsie d'une femme, on trouva un lombric mort, de 3 pouces de long, dans le milieu du conduit pancréatique. L'orifice du canal pancréatique n'était ni dilaté ni ulcéré.

Troisième cas. — *Hayner.* (Nasse's Zeitschrift für psychische Aerzte, I, iv, pp. 514-520.)

De petits Ascaris sont trouvés dans le canal pancréatique d'une folle.

Quatrième cas. — *Brera.* (Memorie fisico-med. sopra i princip. vermi del corp. umano. Crema, 1811.)

Le conduit pancréatique est complètement obstrué par un volumineux lombric dans le cadavre d'une femme qui pendant la vie avait donné des signes non équivoques de squirrhosité du pancréas.

Nous avons trouvé dans la littérature médicale les observations suivantes :

Cinquième cas. — *Lieutaud*. (Historia anatomico-medica, 1767, livre I, observation 1062.)

Le canal pancréatique d'une vieille femme est complètement obstrué par un lombric.

Sixième cas. — *Rokitansky*. (Lehrbuch der pathologischen Anatomie, livre III, 1861.)

Dans l'ouverture du canal de Wirsung se tiennent, à côté l'un de l'autre, deux ascaris (garçon de 9 ans).

Septième cas. — *Vinay*. (Lyon médical, tome I, p. 251, 1869.)

Chez un individu de 60 ans, outre de nombreux ascaris dans le foie, on constate que le canal pancréatique contient des ascaris dans presque toute son étendue.

Huitième cas. — *Klebs*. (Handbuch der pathologischen Anatomie, p. 553, 1869.)

Le canal pancréatique, légèrement dilaté, renferme six ascaris, trois mâles et trois femelles.

Neuvième cas. — *John Pearson Nash*. (The British medical journal, t. II, p. 770, 1883.)

Un lombric long de 6 pouces est trouvé inclus dans le pancréas.

Dixième cas. — *Friedreich*. (Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, l. I, p. 647.)

L'Institut pathologique de Kiel possède une pièce d'ascaris dans le canal pancréatique.

Ascarides lombricoïdes dans les voies biliaires et dans le foie.

Dans le *Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, de Davaine (1877), nous trouvons trente-neuf observations de migration d'ascarides lom-

bricoïdes dans les voies biliaires et dans le foie. Nous les rapportons brièvement, en insistant seulement sur quelques-unes d'entre elles.

OBSERVATION I

(Haymer)

Lombric en partie dans le conduit cholédoque.

Sept lombrics sont trouvés dans les conduits biliaires dilatés. Un huitième est introduit à demi dans le cholédoque.

OBSERVATION II

(Broussais)

Lombric en partie dans le conduit cholédoque.

A l'autopsie d'un militaire, on trouve un énorme lombric, à moitié engagé dans le canal cholédoque. Un autre s'est introduit jusque dans le parenchyme du foie.

OBSERVATION III

(Tonnelé)

Lombric en partie dans le conduit cholédoque.

On rencontre un ascaride, introduit à moitié dans le cholédoque.

OBSERVATION IV

(Wierus)

Lombric à l'orifice du conduit cholédoque.

Un ver occupe le méat du conduit biliaire inséré au duodenum. La tête d'un autre lombric est placée sous la membrane propre du foie.

OBSERVATION V

(*Nebel*)

Lombric dans le conduit cystique.

A l'autopsie d'un militaire, on trouve un lombric engagé dans le cystique et l'hépatique.

OBSERVATION VI

(*Hayner*)

Lombric dans le conduit cholédoque

Dans le cadavre d'une maniaque on trouve un ascaride dans le cholédoque.

OBSERVATION VII

(*Lieutaud*)

Lombric dans le conduit cholédoque.

A l'autopsie d'un enfant de 14 ans, on trouve le cholédoque obstrué par un lombric.

OBSERVATION VIII

(*Ræderer et Wagler*)

Lombric dans le conduit cholédoque ; calcul dans la vésicule.

Dans la vésicule biliaire d'une femme de 33 ans, il y a un calcul.

Dans le cholédoque, il y a un lombric qui remplit exactement sa capacité et s'avance par l'autre extrémité, de la longueur d'un pouce dans la vésicule du fiel.

OBSERVATION IX

(*Buonaparte*)

Lombric dans le conduit cholédoque.

Un lombric assez grand est trouvé dans le canal cholédoque.

OBSERVATION X

(*Zeviani*)

Lombric dans le conduit cholédoque.

— Zeviani a observé aussi un lombric dans une situation semblable.

OBSERVATION XI

(*Heaviside*)

Lombric dans le conduit cystique et la vésicule biliaire.

La tête d'un lombric est entrée dans la vésicule du fiel, et une portion de la queue est dans le conduit cystique.

OBSERVATION XII

(*Bloch*)

Lombric dans la vésicule biliaire.

Dans la vésicule du fiel, on trouve un ascaride de 14 centimètres.

OBSERVATION XIII

(*Carolo Lorry*)

Trois lombrics dans la vésicule.

Dans la vésicule biliaire d'un maniaque on trouve trois lombrics.

OBSERVATION XIV

(*Musée de Boston*)

Lombric dans la vésicule.

Lombric dans la vésicule du fiel d'un homme, qui mourut d'une dysenterie aiguë.

OBSERVATION XV

(*Treille*)

Lombric dans les conduits cholédoque et hépatique.

A l'autopsie d'un soldat, on trouve un long ver lombric engagé dans les conduits cholédoque et hépatique.

OBSERVATION XVI

(*Cruveilhier*)

Lombrics dans les conduits hépatiques

A l'autopsie d'une femme, morte d'une pneumonie latente, on voit deux ascarides, remplissant les deux divisions du canal hépatique qui occupent le sillon transversal du foie. Trois autres vers sont logés dans des divisions moins considérables. La malade n'avait éprouvé aucun symptôme du côté de l'abdomen.

OBSERVATION XVII

(*Tenderini*)

Lombric dans un conduit biliaire.

En ouvrant le cadavre d'une femme morte des suites d'une fracture du crâne, on trouve l'un des conduits biliaires occupé par un ascaride lombricoïde, long de 13 centimètres. Le foie est augmenté de volume et ramolli ; le péritoine est enflammé.

OBSERVATION XVIII

(*W.-B. Joi*)

Lombrics dans les conduits biliaires.

W. B. Joi dit avoir vu des lombrics obstruer les conduits biliaires.

OBSERVATION XIX

(*Leclerc*, de Toul)

Lombrics dans les conduits hépatiques.

Des lombrics ont pénétré jusque dans le foie.

OBSERVATION XX

(*Lobstein*)

Lombrics dans les divisions du conduit hépatique.

Lombric noyau d'un calcul.

Une femme d'une cinquantaine d'années meurt à la clinique de Lobstein.

A l'examen du cadavre, on rencontre une énorme quantité de vers lombrics dans toute l'étendue de l'intestin grêle ; d'autres remplissent toutes les divisions du canal hépatique, et le canal cholédoque en est, pour ainsi dire, farci : ce canal a acquis la grosseur du doigt.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'un calcul biliaire piri-forme, qui correspond par sa base à l'orifice duodénal, qu'il obstrue complètement, ayant été divisé, montre qu'il a pour noyau un lombric desséché.

OBSERVATION XXI

(*Gucrsant*)

Deux lombrics dans les conduits biliaires.

Un enfant, qui se plaint de coliques légères, est pris bientôt de convulsions, suivies d'une mort prompte. A l'autopsie, aucune lésion du cerveau ni de la moelle. Deux ascarides ont pénétré par le canal hépatique et se sont introduits profondément dans les canaux biliaires. L'introduction brusque et instantanée de ces deux animaux paraît avoir été la cause des convulsions.

OBSERVATION XXII

Estevenet

Lombrics dans les divisions des conduits hépatiques.

Les conduits hépatiques du foie d'un enfant de 3 ans sont remplis de vers lombrics. Ils occupent jusqu'aux dernières ramifications de ces canaux, près de la superficie de l'organe.

OBSERVATION XXIII

(Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, 1846)

Lombrics dans les divisions des conduits hépatiques.

Un enfant de trente mois porte au cou, surtout du côté gauche, de grosses tumeurs ganglionnaires. Il a de la toux, des râles, de la faiblesse dans le bruit respiratoire, de la diarrhée. On le juge tuberculeux.

Il rend une quinzaine d'ascarides. Le poulx devient lent, irrégulier. Il survient, après une constipation opiniâtre, un peu de diarrhée, qui paraît provoquée par l'administration de calomel. On constate dans le ventre, surtout du côté droit, de nombreuses tumeurs, qu'on regarde comme des masses tuberculeuses.

L'enfant meurt sans convulsions.

A l'autopsie, les ganglions du cou forment une masse tuberculeuse, en partie ramollie.

L'intestin est rempli d'ascarides ; le cœcum particulièrement contient une énorme accumulation de vers, qui en augmentent le volume. Ces masses, formées par les ascarides, sont précisément celles qui, pendant la vie, faisaient croire à des tumeurs mésentériques.

Dans le cholédoque, dans le confluent des conduits hépatiques et dans un grand nombre de canaux biliaires, on trouve des lombrics, distendant les canaux dans lesquels ils sont logés, et formant une espèce d'ampoule, située profondément dans l'intérieur même de l'organe.

OBSERVATION XXIV

(.....) ?

Lombrics dans les divisions du conduit hépatique.

Dans le University museum (à Philadelphie) il y a une préparation du foie d'un enfant, dans lequel plusieurs ascarides ont pénétré jusque dans les divisions du conduit hépatique.

OBSERVATION XXV

(*Fontaneilles*)

Perforation d'un conduit biliaire.

Un garçon de 16 ans meurt, après seize jours d'une maladie, dans laquelle il éprouva surtout des convulsions, des attaques épileptiformes, de la stupeur.

A l'autopsie, on trouve un lombric, qui a passé dans le cholédoque et qui, en le déchirant, a pénétré jusqu'à la réunion du conduit cystique avec l'hépatique qu'il a percé et dont il est sorti de la longueur d'un pouce.

OBSERVATION XXVI

(*Lorrentini*)

Perforation du conduit cholédoque.

Le conduit cholédoque d'un foie (cabinet du Dr Lorrentini, à Naples) est perforé par un ascaris, en partie renfermé dans ce canal et en partie pendant hors de ce canal, par une perforation qui y existe.

OBSERVATION XXVII

(.....) ?

Perforation d'un conduit biliaire.

Une pièce pathologique semblable se trouve à Vienne, dans le cabinet du grand hôpital civil.

OBSERVATION XXVIII

(*Dourlen*)

Lombric dans une cavité propre.

En incisant à 1 pouce de profondeur le grand lobe du foie, on trouve un lombric. Sa loge est bien circonscrite. On ouvre le sillon dans tout son trajet : à ses extrémités, aucune issue, aucune ouverture sensible, par laquelle on puisse soupçonner qu'il ait pu s'introduire.

Depuis un an, le malade éprouvait une ou deux fois par jour des douleurs, si violentes dans la région du foie, qu'elles le jetaient dans une espèce d'évanouissement, qui durait quelques minutes. A son entrée à l'hôpital, il se plaignait d'élancements vifs dans le côté droit. Il vomissait une quantité prodigieuse de bile noire et dégénérée. Les déjections par le bas étaient fréquentes et de même nature.

OBSERVATION XXIX

(*Bourgeois*)

Lombric dans une cavité propre.

Dans le foie d'un garçon de 7 à 8 ans, vers le milieu de la largeur et de l'épaisseur de la glande biliaire, on trouve un lombric de 5 à 6 centimètres de long, ne paraissant mort que depuis peu de temps. Il occupe une dilatation considérable des conduits excréteurs de la bile, communiquant avec ces canaux par des ouvertures appréciables. Il n'y a, dans cette espèce de poche, dont les parois étaient minces et nullement enflammées, aucun autre corps étranger que le ver lui-même. Il semble s'être développé dans ce point des conduits hépatiques, qu'il a considérablement distendus en grossissant.

OBSERVATION XXX

(*Laënnec*)

Lombrics dans les conduits hépatiques et le tissu du foie.

Antopsié d'un enfant de 2 ans 1/2. L'estomac est rempli d'asca-

rides. Au côté gauche de l'estomac, et tout auprès de l'œsophage, s'ouvre le cholédoque qui a, en cet endroit, un demi-pouce de diamètre. Le conduit hépatique et ses ramifications offrent une dilatation proportionnée. Tous ces vaisseaux sont remplis de lombrics et contiennent peu de bile. La muqueuse des voies biliaires offre, par endroits, des rougeurs très marquées et accompagnées d'un peu d'épaississement. Dans quelques points, cette membrane est rongée et totalement détruite et les vers sont en contact immédiat avec le tissu du foie, dans lequel ils ont creusé de petites cavités, dont quelques-unes auraient pu loger une amande. Le foie présente, dans les parois de ces excavations, un tissu mollasse, fongueux et plus rougeâtre qu'ailleurs. La vésicule biliaire est pleine d'ascarides. Le conduit cystique n'est point dilaté, mais les membranes internes y forment des replis qui semblent annoncer que le conduit a été précédemment dilaté ; il ne contient aucun ver.

OBSERVATION XXXI

(Tonnelé)

Lombric et trois abcès dans le foie.

Jeune garçon bien portant éprouve, vers la fin de janvier 1829, particulièrement des diarrhées et des vomissements. Conduit à l'hôpital le 18 mars, il présente les symptômes suivants : ventre tendu, volumineux, sensible à la plus légère pression, surtout dans la région du foie ; quatre ou cinq selles liquides chaque jour ; vomissements rares, langue rouge et sèche, soif vive, pouls fréquent. Il s'affaiblit chaque jour. Puis il est atteint de rougeole, et, en même temps, de tous les symptômes qui caractérisent le croup. Le malade meurt dix jours après d'une pneumonie.

Autopsie : Le lobe antérieur droit du cerveau contient, à la partie moyenne, deux hydatides acéphalocystes du volume d'une grosse noisette chacune. Hépatisation rouge de la moitié supérieure du poumon droit et de la base du gauche.

L'intestin grêle contient environ trente lombrics. Le foie a con-

servé son aspect normal ; mais, dans son intérieur existent trois foyers communiquant les uns avec les autres, deux plus petits et pleins d'un pus brun, bien consistant ; l'autre plus étendu et rempli partie par du pus, partie par un gros lombric, enroulé sur lui-même.

On cherche s'il n'y a point quelque communication entre ces cavités et les vaisseaux biliaires, au moyen de laquelle le ver a pu s'introduire dans le tissu du foie : on n'en trouve aucun vestige.

On pense donc que, si le lombric est venu primitivement du tube digestif, il n'a, du moins, été apporté qu'en germe, dans le tissu du foie, qu'il s'y est ensuite développé, accru, et qu'il a donné lieu, par sa présence, au travail d'inflammation et de suppuration dont cet organe présente les traces.

OBSERVATION XXXII

(*Pellizari*)

Deux lombrics dans le parenchyme du foie.

Homme de 40 ans. Il a des symptômes d'accès convulsif de nature épileptique ; stupeur profonde, émaciation, réponses incohérentes, difficulté de la déglutition. Pouls petit, fugace, déprimé. Mort.

Autopsie. — Dans l'estomac, douze ascarides ; dans le duodenum, cinq ; dans l'iléon, cinquante-huit ; dans le gros intestin, quatre.

A la surface convexe du lobe droit du foie et dans sa partie la plus élevée, aire blanchâtre, de forme ovale. On l'incise : on trouve un lombric. Un examen attentif de l'organe en fait voir un deuxième sur le côté gauche de la face convexe du lobe droit.

Les deux cavités qui les contiennent renferment une petite quantité de liquide granuleux, blanc-jaunâtre, dans lequel le microscope reconnaît des globules de pus, des cellules épithéliales cylindriques, et une grande quantité d'œufs d'ascarides. Leur capacité est exactement en rapport avec le contenu ; leur surface est tapissée d'une couche de fibrine concrète. Le parenchyme environnant est plus coloré, plus compact, plus dur, vu

les transsudations de matière plastique. En un mot, il a les caractères de l'inflammation chronique, et comme cette altération est nécessairement due à la présence des ascarides, il est aussi évident que ceux-ci existent dans le foie longtemps avant la mort.

Pour montrer que les ascarides ont pénétré par les voies biliaires, Pellizari fait plusieurs expériences. D'abord il met à découvert le conduit hépatique, ses premières divisions, le sinus de la veine porte, afin de reconnaître celui de ces vaisseaux qui est en communication avec les cavités qui contiennent les lombrics. Cela fait, il remplit d'eau la cavité située à la partie gauche du lobe droit, dans l'espoir qu'en s'écoulant, le liquide indiquera le chemin suivi par le ver. L'eau ne diminue pas de niveau : il faut admettre ou une oblitération du conduit hépatique ou son obstruction par l'animal. Alors il porte l'extrémité d'une seringue élastique très mince le long de la portion du lombric cachée et il l'insinue entre le ver et la substance du foie. En poussant le piston, on voit l'eau sortir par le conduit hépatique.

Pour rendre la démonstration plus évidente, Pellizari retire le lombric de sa cavité ; on aperçoit alors la partie jadis cachée teinte en jaune. En versant de l'eau dans la cavité, comme pour la première expérience, on la voit diminuer peu à peu et s'échapper par le conduit hépatique.

En poussant, au moyen d'une seringue, de l'eau dans le conduit hépatique, le fluide surgit dans la cavité et précisément dans le point où plonge la queue de l'ascaris.

La présence des cellules épithéliales cylindriques dans le liquide qui baigne les deux vers, prouve qu'elles proviennent de la membrane interne des conduits biliaires et fait supposer, à juste raison, que les deux cavités ne sont qu'une dilatation des conduits biliaires eux-mêmes.

OBSERVATION XXXIII

(*Forget*)

Deux lombrics dans les conduits et le tissu du foie.

Abcès multiples.

Une femme de 65 ans se dit malade depuis quinze jours. Elle a

les symptômes d'une pneumonie droite. Elle a des vomissements bilieux et glaireux ; l'épigastre est douloureux à la pression. Elle meurt au bout de trois jours.

Autopsie : Hépatisation grise de la moitié postérieure du poumon droit.

Le foie est d'aspect normal. Le cholédoque est occupé par un ascaris, dont une extrémité fait saillie dans le duodenum, tandis que l'autre parvient jusque dans la division gauche du canal hépatique.

En suivant, avec la sonde cannelée et le scalpel, la division droite du canal hépatique, on arrive dans une cavité anfractueuse, du volume d'une noix, contenant du pus blanchâtre et un lombric pelotonné, mou, comme macéré et mort depuis longtemps. La cavité qui le contient paraît être une dilatation du conduit hépatique. Autour de cette cavité, mais sans communication avec elle, on rencontre dans le tissu du lobe gauche du foie une dizaine d'abcès ou kystes purulents de diverses grandeurs, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un marron, contenant une matière grumeleuse, colorée par la bile, et tapissée de pseudo-membranes épaisses et consistantes, autour desquelles le tissu du foie est d'un rouge foncé.

OBSERVATION XXXIV

(*Lobstein*).

Lombric dans un conduit biliaire. Abcès multiples du foie.
Communication de l'un avec une vomique.

Une femme de 38 ans entre à l'hôpital le 4 mars 1829. Elle est dans un état de marasme général avec fièvre hectique, toux, tension dans l'hypochondre droit, pouls petit et fréquent. Le 9 avril diarrhée qui persiste jusqu'au 6 mai. Ce jour-là frissons, vomissements bilieux, qui se répètent les jours suivants. Mort le 15 mai.

Autopsie : poumon gauche sain. Au sommet droit quelques tubercules ostéopierreux ; la partie inférieure du poumon droit est adhérente à la plèvre costale, et renferme une vomique d'une grande capacité. Cette vomique communique à l'extérieur par

une fistule, et avec la partie supérieure du grand lobe du foie, au moyen d'un abcès de près de deux pouces d'étendue, qui a détruit le diaphragme dans cette partie.

Le foie est d'une texture saine dans toute la moitié gauche et dans le tiers inférieur de la moitié droite. Des brides celluleuses l'unissent à la petite courbure de l'estomac, au colon transverse, et aux autres parties voisines. La partie supérieure de son côté droit, adhérente au diaphragme, contient un grand nombre de tubercules blanchâtres et de vastes foyers purulents semblables à des vomiques, remplis d'un pus lié, blanc jaunâtre, et communiquant par une ouverture fistuleuse avec la perte de substance du diaphragme indiquée plus haut, et par ce moyen avec la vomique du poulmon. Le cholédoque et l'hépatique sont suffisamment dilatés pour permettre l'introduction du petit doigt ; l'un des conduits biliaires y aboutissant, dilaté de même, renferme un lombric de quatre à cinq pouces.

OBSERVATION XXXV

(Lebert).

Lombrics égarés dans le foie, ayant provoqué une hépatite suppurative, une altération de la base du poulmon droit, et en dernier lieu, une communication avec les bronches et un pneumothorax.

Jeune fille de 15 ans. Le 8 décembre 1854 elle est prise d'un accès violent de frissons suivi de chaleur et de fièvre. Dès le deuxième jour elle est prise de diarrhée, qui est augmentée par les médicaments qu'on lui prescrit. La malade souffre de maux de tête, de bourdonnements d'oreille ; soif vive, peau chaude, poulx accéléré. Douleurs vagues et sourdes dans le côté droit de l'abdomen. Elle entre à l'hôpital le 12 décembre. Son regard est terne, la figure pâle ; appétit nul, langue sèche, blanchâtre, soif intense ; douleurs vives dans le côté droit de l'abdomen, augmentant par la pression ; céphalalgie, bourdonnements d'oreille, vertiges, agitation, insomnie. Diarrhée intense : sept à huit selles par

vingt-quatre heures, liquides, jaunâtres. Urines troubles, rougeâtres, sans albumine.

Eruption miliaire cristalline abondante sur l'abdomen. Ventre légèrement météorisé.

Les jours suivants la diarrhée augmente. Les symptômes du côté de la tête diminuent, mais la diarrhée persiste.

Le 16 décembre le foie est le siège de douleurs spontanées, assez vives, accrues par la pression. Il déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Les jours suivants tous les symptômes s'amendent. Mais la diarrhée revient bientôt fréquente. La maigreur fait des progrès rapides. La fièvre présente des exacerbations le soir. Le ventre reste tendu, sensible à droite.

Le 22 la malade se met à tousser ; expectoration muqueuse peu abondante. Rien à l'auscultation.

Le 26 elle rend plusieurs lombrics en vomissant et en allant à la selle.

Le 2 janvier la malade se plaint pour la première fois de douleurs dans la partie inférieure droite du thorax. Puis elle présente les jours suivants des symptômes de pneumonie droite, et le 11 janvier des symptômes de pneumothorax à droite.

Elle a une diarrhée abondante avec du sang. Il existe une desquamation abondante furfuracée de l'épiderme.

Œdème du pied droit.

Enfin mort le 13 janvier.

Autopsie : on constate le pneumothorax à droite.

Dans l'abdomen deux litres environ d'un liquide citrin.

Foie : les conduits cholédoque, cystique et hépatique sont dilatés; ils renferment plusieurs lombrics. La partie convexe du foie est intimement adhérente au diaphragme. En le disséquant on ouvre un abcès du foie. On aperçoit à la surface de l'organe un certain nombre de petits foyers purulents. Les abcès sont partout en dehors de la veine porte, mais plusieurs d'entre eux communiquent avec des conduits biliaires et dans deux on trouve des lombrics très altérés, dont l'un surtout est presque diffluent par macération.

La plupart des abcès est dans le lobe droit ; ils varient entre le volume d'un petit pois et celui d'une pomme. Tout autour d'eux le tissu hépatique est hyperémié, d'un rouge foncé, avec légère diminution de consistance.

Le lobe gauche ne renferme pas d'abcès, mais plusieurs lombrics dans les conduits biliaires.

La vésicule renferme de la bile jaunâtre et plusieurs caillots sanguins d'un rouge noir.

Le foie est peu hypertrophié.

Un des abcès a largement perforé le diaphragme. Son ouverture de plus de 1 cm. de diamètre communique avec la base du lobe pulmonaire inférieur droit, non seulement par une large ouverture, mais aussi par un certain nombre de petits trous, et la partie correspondante du poulmon est comme criblée de ces petites ouvertures qui conduisent dans des infiltrations purulentes du parenchyme pulmonaire et qui par une communication directe avec les bronches ont provoqué le pneumothorax.

L'estomac renferme trois lombrics. Il n'y en a aucun dans l'intestin.

OBSERVATION XXXVI

(*Kirkland*).

Lombric sorti d'un abcès du foie.

Un abcès s'est formé au niveau de la dernière fausse côte du côté droit. Lorsqu'il s'ouvre il en sort un ver long et rouge et une grande quantité de pus. Par la suite l'abcès se transforme en fistule par laquelle sort chaque jour une certaine quantité de bile. Sans doute la fistule communique avec la vésicule biliaire.

OBSERVATION XXXVII

(*Roederer et Wagler*).

Lombric dans un kyste hydatique du foie.

Soldat ; point de renseignements sur la maladie.

Autopsie : le foie est hypertrophié. Le lobe droit incisé près de la vésicule du fiel, il jaillit une humeur terne, aqueuse, du centre

d'une tumeur enkystée, logée dans le parenchyme de ce viscère et dont une partie paraît à sa face convexe couverte d'une peau blanche, dure et épaisse. Cette tumeur renferme une grande quantité d'hydatides, mais sa cavité ne présente aucun fluide, de sorte qu'il paraît que le fluide sorti sous le coup de bistouri appartient à l'ouverture d'une hydatide un peu grande. Ces vésicules sont de différents volumes : la plus considérable égale en grosseur un œuf de poule ; d'autres sont graduellement plus petites, les moindres sont pisiformes et linéaires.

Ces hydatides enlevées de la poche qui les contient, il reste une concrétion membraneuse blanche, molle. Aux environs de cette concrétion on découvre un lombric petit, terne, rougeâtre, lisse, roide et dur. Quelques-unes de ces vésicules sont marquées à leur surface d'une ou deux taches anciennes jaunes et bilieuses.

Le kyste est presque sphérique. Sa surface interne, déprimée çà et là, présente par intervalles de petites éminences, de sorte que les cavités intermédiaires les plus grandes répondent aux hydatides les plus considérables. La cavité de ce grand kyste présente plusieurs orifices, mais on ne peut découvrir où ils aboutissent.

Sa paroi externe, répondant à la face convexe du foie, a au moins une ou deux lignes d'épaisseur. Elle est d'une dureté tenant le milieu entre celle des cartilages et celle des ligaments.

Le conduit hépatique est ample, et comme dans la dissection il a été coupé près de son insertion dans le canal cholédoque; on ne peut savoir s'il se rend dans ce kyste ou non. Cependant il est vraisemblable, et ceci est encore probable par les taches jaunes des hydatides, que le ver trouvé dans le sac y est parvenu du duodenum par les conduits biliaires.

OBSERVATION XXXVIII

(*Pisano*).

Quatre lombrics dans les conduits hépatiques.

Homme de 42 ans, pris de douleurs à la région du foie avec ictère général, fièvre, langue jaunâtre, vomissements, etc... On

diagnostique une hépatite. Les symptômes indiquent bientôt la formation d'une collection purulente. Mort le 22^e jour.

Autopsie : pus dans le péritoine, surtout près du foie. Celui-ci est de volume et de consistance et de couleur normaux. Dans le grand lobe, un lombric qui le traverse de droite à gauche de façon que sa queue occupe la scissure transversale où est l'origine du conduit hépatique. Trois autres lombrics contenus dans ce conduit, et pénétrant plus avant dans ses divisions, achèvent de le fermer et barrent toute issue à la bile. Un petit lombric est dans l'estomac. Vésicule biliaire vide, parois épaisses, de couleur ardoisée, sans ulcération.

OSERVATION XXXIX

(*Pellizari*)

Seize lombrics dans les conduits biliaires.

Garçon de 7 ans. Fièvre, toux, avec expectoration, douleurs abdominales surtout à l'hypochondre droit. Râles dans le poumon droit. Foie augmenté de volume avec douleurs à la pression. La toux va en augmentant. Plusieurs vomissements avec des lombrics. — Mort.

Autopsie : neuf ascarides dans l'intestin grêle. Foie volumineux, rouge foncé, de consistance normale. Vésicule remplie d'une humeur séro-muqueuse légèrement teinte en jaune verdâtre.

On ouvre le duodenum : on voit pendre de l'orifice du cholédoque l'extrémité caudale de six lombrics. Seize lombrics en tout dans le foie (douze femelles, quatre mâles).

Presque tous ceux qui étaient dans les deuxième et troisième divisions des conduits biliaires avaient leur corps ou replié sur lui-même ou noué, de sorte que les canaux s'étaient dilatés.

Quatre vers s'étaient avancés, de sorte que leur tête se trouvait à une distance de 1 à 2 $\frac{m}{m}$ de la superficie du foie.

Tous les canaux étaient dilatés.

Dans les parois du cholédoque et de l'hépatique et ses premières divisions, rien autre que la dilatation. Tandis que dans les deuxième et troisième embranchements et là où leur dilata-

tion était la plus grande, on voyait des rougeurs causées par des arborisations sanguines vasculaires délicates avec un gonflement des tuniques des embranchements eux-mêmes. Leur muqueuse, tantôt lisse et tantôt rugueuse, était baignée par une humeur jaune verdâtre, filante, qui contenait des cellules épithéliales cylindriques, des œufs de lombrics et quelques globules granuleux d'exsudation. A remarquer que deux femelles, pelotonnées dans la partie médiane et postérieure du lobe droit du foie, avaient la moitié postérieure du corps renfermée dans deux canaux distincts, tandis que la partie antérieure repliée et nouée était dans une cavité commune qui pouvait contenir une noix et était creusée dans l'épaisseur du parenchyme, à une distance de $2\frac{m}{m}$ de la partie médiane du bord convexe du foie.

Davaine ajoute en note :

D'autres cas de lésions du foie opérées par les lombrics ont encore été rapportés, mais les circonstances de ces faits ne nous permettent pas d'en tenir compte.

Rosen dit que chez un homme de 28 ans, on trouva à l'autopsie, des vers qui avaient percé plusieurs endroits des intestins ; l'estomac en avait trois cicatrices, et le foie, le diaphragme en étaient tout rongés. (Nils Rosen de Rosenstein, Traité des maladies des enfants 1878.

Dans une observation intitulée : Ver nourri dans le foie d'une femme dont il causa la mort ; il s'agit évidemment d'un cancer du foie ouvert dans l'intestin. Un lombric expulsé avec les selles quarante-huit heures avant la mort, provenait, dit-on, du foie. (Journal de Méd., chir., 1739, t. 2, p. 303).

Enfin, dans une observation de Godot, il s'agit d'un abcès situé à la région épigastrique qui donna issue à

plusieurs lombrics et dans lequel le petit lobe du foie était intéressé. (Même journal, t. XL., p. 145).

Nous rapportons ci-après toutes les observations que nous avons pu trouver dans la littérature médicale. Nous résumons la plupart d'entre elles. Celles qui nous ont paru présenter un intérêt particulier sont rapportées tout entières ou aussi complètement que nous l'avons jugé utile pour le développement de notre sujet.

OBSERVATION XL

(*Lieutaud*, *Historia anatomico-medica*, t. I, observ. 908, 1767.)

A l'autopsie d'une jeune fille, on trouve deux vers ; l'un adhère à l'embouchure du cholédoque, l'autre a pénétré dans le foie.

OBSERVATION XLI

(*Schmidt*, *Jahrbücher der in und ausländischen gesammten Medizin*,— *Falle von Spulwürmer in der Leber von Irren*, par *Kirmsse*. 1838.)

Un ver dans le cholédoque chez une femme aliénée.

OBSERVATION XLII

(*Schmidt*, *idem*.)

Aliénée de 56 ans. Un ascaris dans un abcès du foie. Le cholédoque et l'hépatique (celui-ci très dilaté) sont remplis de vingt ascarides, qui pendent en partie dans le duodenum. La vésicule biliaire est dilatée et contient une bile verte.

OBSERVATION XLIII

(*Schmidt*, *idem*.)

Aliénée de 60 ans. Six ascaris dans le cholédoque, dix dans les

canaux biliaires du lobe gauche, six dans les canaux biliaires du lobe droit. L'un d'eux était arrivé si près du bord postérieur, que la perforation était imminente.

OBSERVATION XLIV

(*Charcellay*. Rapportée dans le traité de l'affection calculuse du foie et du pancréas, par *Fauconneau-Dufresne*. 1851.)

Ascaris dans le canal cholédoque.

OBSERVATION XLV

(*Flogel*. Oesterr. med., Jahrbücher. 1835.)

Perforation d'un conduit biliaire par deux *ascarides*.

OBSERVATION XLVI

(*Mallius*. The Lancet, I, 26 Juni, anno ...?, et in Schmidt's Jahrbücher für gesammten Medizin. 1838.)

Jaunisse produite par l'obstruction du cholédoque par un *ascaris*.

OBSERVATION XLVII

(*Jobert de Lamballe*. Rapportée dans le Traité de Fauconneau-Dufresne.)

Ascaris dans le canal cholédoque.

OBSERVATION XLVIII

(*Wunderlich*. Handbuch der Pathologie und Therapie, I. III, - p. 341. 1856.)

Chez une femme bien portante, qui se suicida, le foie tout entier était rempli de vers.

OBSERVATION XLIX

(*Virchow*. Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin, t. XI, p. 81. 1857.)

Ascaris dans les canaux biliaires, sans altération des parois des conduits.

OBSERVATION L

(*Virchow. Idem.*)

Un ascaris engagé dans le cholédoque, pendant à moitié dans le duodenum.

OBSERVATION LI

(*Virchow. Idem.*)

Ascarides dans le foie ; autour d'eux les conduits biliaires sont dilatés, épaissis et incrustés de concrétions biliaires.

OBSERVATION LII

(*Schloss. Société anatomique. 1856. Rapportée dans les Archives générales de médecine, t. II, p. 661. 1858, par E.-A. Bonfils.*)

Marie X..., 36 ans, cuisinière. Jusqu'à 9 ans elle a rendu assez fréquemment, dans les selles, des oxyures vermiculaires. Appétit peu développé, digestions lentes, pénibles parfois, constipation habituelle ; jamais d'ictère.

Le 19 avril, douleurs violentes, fréquemment renouvelées, dans la région épigastrique. Je fus frappé de la couleur jaune de ses sclérotiques ; elle put me donner un peu d'urine, que je trouvai d'un rouge foncé. L'acide azotique y détermina une coloration verte. Ses renseignements ne purent me faire arriver à aucune conclusion. Elle n'avait eu ni peur, ni colère, ni aucune autre émotion morale. Son régime n'avait pas été différent de celui qui lui est habituel. Elle n'avait fait aucun excès, ressentait seulement un peu de gêne à l'épigastre depuis quelques jours ; il y avait eu apparition brusque des douleurs.

La palpation abdominale ne m'apprit rien de plus. La pression n'accroissait pas les douleurs. Je conseillai des calmants intus et extus, pour la soirée et la nuit.

Le lendemain matin, le corps présentait une coloration jaune verdâtre très intense ; la malade s'agitait dans son lit par suite de douleurs épigastriques très violentes, s'irradiant vers les hypochondres, la région ombilicale et la région lombaire, avec de fré-

quentes exacerbations ; il y avait eu un vomissement dans la nuit. La pression n'augmentait que fort peu les douleurs, le ventre avait pris du développement ; la palpation et la percussion ne révélaient rien. Il y avait de l'anxiété, la peau était fraîche, le pouls un peu lent ; il y avait sentiment de grande faiblesse, céphalalgie sus-orbitaire violente, courbature, nausées.

Je conseillai des applications calmantes externes et un purgatif ; le premier effet de celui-ci fut un vomissement de matières glaireuses, dans lesquelles je trouvai un ascaride lombricoïde. Deux ou trois selles suivirent : elles n'ont pas décelé la présence d'autres vers ni de calculs biliaires.

Dans les heures qui ont suivi le rejet de l'ascaride, il y a eu diminution très rapide dans l'intensité des douleurs, et le soir la malade n'a plus accusé qu'une simple pesanteur à l'épigastre.

Depuis, il y a eu décroissance de jour en jour dans la coloration de la peau ; la malade n'a plus rien ressenti à l'épigastre, seulement un peu de gêne douloureuse dans quelques moments aux hypochondres.

La faiblesse est moins grande, l'appétit un peu revenu ; la langue, couverte d'un enduit épais le second jour, a aujourd'hui son aspect presque normal. Un régime laxatif et anthelminthique continué, n'a pas fait expulser d'autres ascarides. Les selles, examinées pendant huit jours, ne contiennent aucun calcul.

Conclusions. — La brusque apparition des phénomènes morbides, sans causes morales ou physiques appréciables, leur intensité caractérisée par des douleurs très violentes, jointe à la coloration extrêmement foncée de la peau, à des vomissements, etc..., intensité comparable à celle des symptômes déterminés par la présence d'un calcul dans les voies biliaires ; la diminution si rapide de tous les phénomènes après le rejet d'un ver ; tous ces motifs réunis et joints à l'absence de coliques extérieures, m'ont porté à considérer l'ascaride comme corps étranger, ayant pénétré dans les voies biliaires et mis, par là, obstacle au cours de la bile.

Bonfils s'associe pleinement à cette opinion, qui lui paraît la seule vraie dans ce cas.

Vidal (*Gazette hebdomadaire de Médecine*, 1856, p. 870) se range aussi à cet avis.

Davaine considère comme « fort incertain le cas du docteur Schloss ».

OBSERVATION LIII

(*Rokitansky*, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, I. III. 1861)

Garçon de 9 ans : le cholédoque et l'hépatique, très dilatés, sont remplis d'ascarides. Ils ont pénétré dans la plupart des canaux biliaires et se découvrent à la surface du foie par des proéminences blanchâtres. L'embouchure du cholédoque est large d'un pouce.

OBSERVATION LIV

(*Vinay*, *Lyon, médical* t. I, p. 251. 1869. Société des sciences médicales, séances de janvier 1869).

M. Vinay, interne des hôpitaux, lit une observation « d'ictère généralisé tenant à la présence de lombrics dans les voies biliaires », et fait passer sous les yeux des membres de la Société les pièces pathologiques relatives à ce cas intéressant. (Le foie est conservé actuellement au Musée du Laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine de Lyon.)

Le nommé X., 60 ans, entre le 22 janvier dernier dans la salle Saint-Bruno, n° 26 (Service de M. Chappet). Comme antécédents morbides, plusieurs accès de fièvre intermittente qu'il a subis dans la Bresse, et une affection gastro-intestinale pendant l'été dernier, affection qui a nécessité un séjour de trois mois dans le service de M. Teissier. Après avoir passé quinze jours à Sainte-Eugénie, il est sorti guéri.

Il y a trois semaines, sans cause appréciable, ce malade a été subitement pris de céphalalgie, anorexie, frissons répétés, toux, et de douleurs lancinantes au niveau de l'hypochondre droit. Il y a eu quelques vomissements glaireux, en même temps un ictère se développait.

Quand le malade entre, il est profondément affaîssé, la respira-

tion est haletante, la langue sèche, noirâtre; il a eu des frissons et des vomissements glaireux dans la journée. Un peu de diarrhée, la sclérotique et la peau ont une teinte jaunâtre qui n'est pas excessivement prononcée. Le malade tousse; à l'auscultation on entend de nombreux râles crépitants à la base du poumon droit. Il est impossible d'ausculter le cœur à cause des râles pulmonaires. La région du foie est tuméfiée; on sent que le viscère déborde les dernières côtes, on y développe facilement de la douleur par la pression; le malade se couche plus volontiers du côté droit. Pouls irrégulier, 128 pulsations à la minute, température rectale 40°9, 56 respirations à la minute.

23 janvier. — Même état d'anxiété; le malade est pris d'un violent frisson au moment de la visite.

24 janvier. — Sueurs abondantes. Mort.

Autopsie : le malade n'ayant présenté aucun symptôme du côté du système nerveux, il n'est fait aucune recherche dans ce sens.

Cavité thoracique, Cœur : hypertrophie des parois ventriculaires, surtout du ventricule gauche. Insuffisance de l'orifice mitral, encore peu avancée.

Poumons : poumon droit engoué dans les 2/3 inférieurs. Des deux côtés et au sommet, lésions inflammatoires anciennes portant plus spécialement sur les petites bronches, dont les parois sont épaissies; dans le sommet droit, masses indurées, blanchâtres à la coupe (péribronchite de Virchow). Sur la plèvre du même côté, plaques blanchâtres présentant deux ou trois millimètres d'épaisseur, manifestement fibroïdes, et se confondant avec les masses signalées plus haut. Adhérences nombreuses de même nature.

Cavité abdominale, — Reins : kyste de la substance corticale tenant très probablement à une néphrite interstitielle.

Rate : augmentée de volume; couleur générale rosée, en certains points, taches noirâtres; capsule légèrement épaissie en certains points; à la coupe le tissu offre une coloration rougeâtre, les trabécules paraissent épaissies; on trouve en outre quelques taches plus foncées; toutes lésions parfaitement en rapport avec les accès de fièvre paludéenne que le malade a éprouvés.

Foie : il est augmenté de volume et paraît hyperémié ; à la coupe on trouve des ascarides lombricoïdes de différentes dimensions, qui tous occupent les canaux biliaires, canal hépatique, canal cystique, vésicule biliaire et canal cholédoque. Toutes ces parties étaient distendues et contenaient des lombrics ; sur une coupe transversale du canal cholédoque, on en comptait plus de vingt, dirigés suivant sa longueur.

Le canal pancréatique en contient dans presque toute son étendue.

En remontant dans le tube digestif on trouve des ascaris jusque dans la partie moyenne de l'œsophage. Il n'y en avait pas dans l'estomac, mais on en trouvait dans tout l'intestin grêle et dans le cœcum.

Le foie examiné au microscope, n'a pas présenté d'altérations notables. Pas d'inflammations interstitielles ou parenchymateuses. En dehors de la vascularisation déjà signalée, on trouvait seulement une grande quantité de pigments biliaires dans le parenchyme de cet organe ; ce qui est en rapport avec la rétention de la bile occasionnée par la présence des vers intestinaux. On trouvait en effet près de la superficie de l'organe, des accumulations de bile ; ce qui explique les phénomènes d'ictère qu'on avait constatés durant la vie.

OBSERVATION LV

(*Batterbury*. The british medical journal, novembre 1878).

Un garçon de 6 ans me fut amené en octobre dernier avec des symptômes de jaunisse. Il avait été souffrant et abattu pendant une semaine, se plaignant de douleurs abdominales, de maux de tête, et paraissait très fatigué, avec perte de l'appétit, etc... Il avait de la diarrhée. La peau devenait de plus en plus jaune. Il n'y avait ni maux de cœur, ni nausées. Les fèces étaient très pâles et l'urine d'une très sombre couleur. De quelques-uns de ces symptômes je déduisis la présence d'ascarides lombricoïdes dans l'intestin. Le malade avait évacué plusieurs ascarides cinq ou six mois auparavant. J'ordonnai de la santonine et du calomel. Deux heures après l'absorption de ces médicaments l'enfant

vomit et eut trois selles pendant la journée : les fèces étaient encore d'une couleur pâle. Tous les objets paraissaient jaunes au malade. Le 12 octobre il expulsa deux ascarides longs de douze pouces ; et la médication fut répétée. Le jour suivant quatre ascarides d'une longueur de neuf pouces furent expulsés. L'enfant était encore légèrement jaunâtre et les fèces pâles. Le 14, la jaunisse était tout à fait disparue, et les excréments étaient plus colorés. Aucun autre ver ne fut expulsé. Le 16 l'enfant était tout à fait bien, et les fèces avaient repris leur couleur normale.

La cause de la jaunisse est peut-être ici sujette à caution ; mais à mon avis elle est due à la présence d'ascarides dans l'intestin. Probablement un ascaris est entré dans le canal cholédoque et a causé l'obstruction.

OBSERVATION LVI

(*Padley*. The british medical journal, décembre 1878.)

Une petite fille de 5 ans, ayant été malade pendant quelques jours, commença, à présenter des symptômes de jaunisse, accompagnée de vomissements, de quelques douleurs abdominales, de constipation et de l'apparence caractéristique ordinaire des fèces et de l'urine. Après deux purges au calomel la peau et les sécrétions reprirent leur couleur normale ; la malade expulsa un grand lombric mort. Son état s'améliora au bout de quelques jours. Mais elle vomit encore une fois : je lui donnai une dose de santonine et d'huile de ricin qui provoqua deux selles, mais sans qu'aucun ver fût expulsé. C'est donc probablement que le premier était le seul présent.

Il y a naturellement, comme dans le cas de Batterbury, sujet à caution. Mais il est probable que la jaunisse est due à la pénétration partielle de l'ascaride dans le canal cholédoque.

OBSERVATION LVII

(*Engel*. Oesterr, med. Jahrbücher, xxiii et xxiv, 1841.)

Plusieurs vers remplissent le canal pancréatique et ses branches ; on en trouve également un grand nombre dans le foie.

OBSERVATION LVIII

(*Scheuthauer. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. 1879.*)

Abcès du foie chez un enfant de 4 ans, provoqués par des vers des canaux biliaires.

On trouve deux abcès du lobe droit du foie, adhérent au diaphragme. Dans un des abcès, il y a un ascaride ; il y en a plusieurs dans le cholédoque. L'intestin grêle en renferme un grand nombre.

Le foie est médiocrement ferme, brun-rouge, avec une teinte jaunâtre. Dans la vésicule biliaire, il y a une assez grande quantité de bile verdâtre, consistante.

On trouve deux ascarides femelles, tout frais, non altérés, la tête tournée vers la périphérie du foie. La tête du plus long ver est à environ 2 mm. 1/2 de la capsule du foie, épaissie, grisâtre, sèche et dure ; le ver est dans une cavité grosse comme une noix, à 3 centimètres du ligament suspenseur, sur le bord postérieur du lobe droit. La tête du plus petit ver est à environ 1 mm. 1/2 d'un abcès gros comme une noisette, de la vésicule biliaire.

D'autres abcès sont dans le foie, sans ver. A côté du premier abcès, il y en a un gros comme une noix, immédiatement sous la capsule ; un gros comme une noisette est sur le bord droit du foie, près du bord postérieur ; un autre gros comme un haricot est au milieu de la surface postérieure du lobe gauche ; un autre de la grosseur d'un grain de café est sur le bord gauche.

Tous ces abcès se composent de canaux biliaires dilatés, avec une paroi épaissie ; il y a une substance dure, sèche, grisâtre, comme dans le lobe gauche ; ou plutôt encore ils sont remplis d'une masse caséuse ou d'une bouillie semblable à du pus tuberculeux. Ceux de la vésicule renferment de la bile verdâtre, consistante.

Recherches microscopiques (Voir chapitre Anatomie pathologique).

OBSERVATION LVIX

(Göller. Diss. Tübingen, 1879, et In Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 1880.)

Chez un vieillard, on trouva, près du duodenum, un abcès qui s'était ouvert dans l'intestin, dans le canal hépatique et dans la veine porte. On constata la présence de plusieurs ascarides dans les canaux biliaires et dans la veine porte.

OBSERVATION LX

(*Sinnhold*. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. 1879.)

Abcès du foie après helminthiase.

Anna-Berthe Lischke, 5 ans 1/2. Depuis quelques jours avait des vomissements bilieux et souffrait dans l'abdomen ; avait rejeté par la bouche et par l'anus plusieurs ascarides.

Actuellement, elle a un léger degré d'ictère, l'abdomen est gros, très douloureux à la pression, surtout dans l'hypochondre droit. On sent bien le foie augmenté de volume.

Selles légèrement colorées en brun. Urine claire, mais jaune foncé.

Appétit nul, soif vive. Parfois des frissons suivis de chaleur et de sueur.

La peau est froide, le pouls rapide, les bruits du cœur nets. Rien aux poumons ni au cœur.

On donne de la santonine. Les jours suivants, expulsions répétées d'ascarides.

L'ictère disparaît en quelques jours. Mais la santé devient de jour en jour plus mauvaise. Les douleurs augmentent tantôt dans la région du foie, tantôt dans celle de la rate, plus tard dans l'épaule droite. Les frissons deviennent plus fréquents et durent plus longtemps ; mais il n'y a pas de fièvre continue. L'ascite commence à apparaître. Le cœur s'hypertrophie, les bruits sont irréguliers ; il y a des souffles. Le foie s'hypertrophie légèrement ; pas de fluctuation.

Amaigrissement général très prononcé.

Des pétéchies apparaissent en divers points.

Cédème du poumon.

Mort.

Autopsie. — Le foie est hypertrophié. Il est adhérent au diaphragme par sa partie supérieure droite. A la section de ces adhérences, il s'écoule du pus. A la partie inférieure du diaphragme, il y a deux abcès gros comme une noisette. Dans le foie, plusieurs abcès gros comme une noisette ou une noix sont remplis d'un pus jaune verdâtre, épais, non odorant.

Le foie est jaune pâle, de consistance assez ferme. C'est un foie gras.

Les canaux biliaires, très dilatés, contiennent une bile assez consistante, de couleur orange. La vésicule biliaire est remplie d'une bile jaune verdâtre.

Pour l'étiologie de ces abcès, il faut surtout faire ressortir que le malade, depuis longtemps, expulsait de nombreux vers.

OBSERVATION LXI

(*Drasche.* Seltsame Wanderungen der Spulwürmer in Wiener medizinische Presse, octobre 1882.)

Ouvrière de 26 ans. On trouve un ascaris long de 15 centimètres entre deux calculs, dans le canal cholédoque. On avait fait, pendant la vie, le diagnostic d'hépatite suppurée.

OBSERVATION LXII

(*Steiner.* Compendium des maladies des enfants, traduit par le Dr Keraval. 1880.)

En un cas, Steiner vit l'ictère durer pendant plusieurs semaines, avec des variations dans l'intensité. A l'autopsie, on trouva dans les voies biliaires, un ascaride d'une longueur raisonnable.

OBSERVATION LXIII

(*Kartulis*. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde,
n° 3, p. 65. 1887.)

Hassan Hussein, Egyptien, 30 ans, est amené, le 10 juillet, à l'hôpital d'Alexandrie. C'est un individu robuste, mais il a l'air de souffrir. Son visage est pâle, ses muqueuses sont anémiées. Il fut soigné, autrefois, pour syphilis. Cette fois il vient à l'hôpital pour des gommès ulcérées aux membres inférieurs.

On le traite pendant quelques jours par l'iodure de potassium. Mais son état reste singulier. Le malade est très faible, parle très peu, n'a pas d'appétit ; il ne quitte pas le lit. Il se plaint de douleurs dans l'estomac et dans la région du foie. Le foie est hypertrophié et douloureux à la pression.

Le 21 juillet, il a un peu de fièvre. On pourrait penser au paludisme : mais la rate n'est pas grosse, et des doses répétées de quinine n'ont pas d'influence sur la fièvre (matin 39°, soir 40°).

Le 28 juillet, le malade expulse quelques ascarides. On lui donne du calomel et de la santoline : il a plusieurs selles contenant des ascarides. Cette thérapeutique est répétée les jours suivants, mais survient une diarrhée profuse, sans expulsion de vers ; puis ce sont des douleurs dans la région épigastrique, et des palpitations.

Mort le 4 août.

Autopsie. — Intestin grêle rempli d'ascarides (on en compte cent vingt). Le gros intestin en contient plus de vingt, l'estomac davantage, l'œsophage et le pharynx, vingt.

Dans le duodenum, nous remarquons qu'un ascaris pénètre dans le cholédoque. Nous cherchons plus loin, et nous trouvons le canal cholédoque, le canal hépatique et la vésicule biliaire pleins d'ascarides. Tous les conduits biliaires sont très dilatés, et dépourvus de muqueuse. Le canal cholédoque renferme trois vers, le canal hépatique trois aussi, et la vésicule biliaire, avec peu de bile, en contient cinq.

Le foie est très hypertrophié, dur et anémié. A la coupe, on voit une énorme quantité de petits abcès, correspondant aux canaux du foie, dans lesquels se trouvent des ascarides. Ces canaux sont dilatés jusqu'à 7 millimètres et leur muqueuse est très rugueuse.

Le parenchyme paraît bigarré, traversé par des bandes de tissu blanchâtre, résistant.

La plus grande partie des ascarides est dans le lobe droit ; dans le gauche, ils sont peu nombreux ; dans le lobe de Spiegel, il y en a cinq ou six. Dans le foie tout entier, j'ai compté jusqu'à quatre-vingts ascarides. Ils sont, pour la plupart, allongés. Le plus gros dans le foie mesure 14 centimètres de long ; le plus petit a 6 centimètres. Ils sont plus petits que ceux de l'intestin grêle. La plupart sont encore en vie.

OBSERVATION LXIV

(*Borger*. Münchener medicinische Abhandlungen. — Travaux de la clinique infantile de l'Université royale du professeur Ranke. 1891.)

Thérèse Poellinger, âgée de 4 ans 1/2. Traitée pour helminthiase. N'a jamais été malade. Depuis trois semaines se plaint de douleurs. Pas d'appétit, soif vive. Plus tard se plaint de points de côté ; pas de toux.

Depuis huit jours, s'affaiblit et maigrit. Elle vomit, et dans les vomissements, il y a des ascarides.

C'est une petite fille d'assez bonne constitution. Rien à l'auscultation du cœur et des poumons. La muqueuse des lèvres est pâle. L'abdomen est sensible. Dans les selles, on trouve une grande quantité d'ascarides. On donne de la santonine. Les jours suivants, dans chaque selle il y a quelques vers. L'état général s'améliore. Plus de vers dans les selles. La malade sort de l'hôpital.

On la ramène six jours après : elle a la scarlatine. La veille, on a constaté vingt-cinq ascarides dans les selles ; deux ont été vomis. Le matin, elle vomit un ver. On lui donne de la santonine et de la phénacétine, quand la température dépasse 40°.

Le lendemain, elle rend quatre ascarides par la bouche, et douze par l'anus. Température : 39°-40°,3.

Le jour suivant : deux vers par la bouche, onze par l'anus.

Le lendemain, la malade est très abattue : quatre ascarides sont vomis, cinq sont rejetés par les selles.

Les jours suivants, elle expulse encore des ascarides :

Le 1^{er} jour, 6 vers dans les selles.

Le 2^e jour, 4 vers sont vomis ou rejetés par l'anus.

Le 3^e jour, 8 vers — — —

Le 4^e jour, 9 vers — — —

Le 5^e jour, 4 vers — — —

Le 6^e jour, 5 vers — — —

Le 7^e jour, 4 vers — — —

Le 8^e jour, 9 vers — — —

Le 9^e jour, 13 vers — — —

Le côté droit de la poitrine est enflé ; la tuméfaction se limite au grand pectoral, et est douloureuse à la pression.

Le 10^e jour, la moitié gauche du thorax devient douloureuse. La respiration est fréquente ; petite toux sèche. La malade s'amaigrît. Elle a une forte diarrhée. Six ascarides dans les selles.

Le 11^e jour, la diarrhée persiste. Le poulx est petit et faible. La malade meurt.

Autopsie. — Le foie n'est pas hypertrophié. Près du bord supérieur, on voit trois abcès gros comme une noix, pleins d'un pus jaunâtre et épais.

Le canal cholédoque est dilaté, et contient douze ascarides.

En résumé, il y a donc : helminthiase, abcès septico-pyohémiques dans différents organes, scarlatine, diphtérie, néphrite parenchymateuse (scarlatineuse) et péritonite exsudative.

Il y a des abcès dans le poumon et dans la peau de la poitrine.

On fait des recherches spéciales sur le foie. A la face inférieure du foie, à côté d'une vésicule normale, dans le canal hépatique, fortement dilaté, se trouvent douze ascarides, qui sont tous des femelles, assez petites.

Il y a trois abcès, ouverts précédemment, et en outre, on voit, disséminées un peu partout des taches gris verdâtre à bords plus

clair; et dont le centre est plus sombre. On incise une de ces taches : on trouve une substance granuleuse, jaune-rouge, friable, provenant de la décomposition du parenchyme hépatique. On y trouve une grande quantité d'œufs d'ascarides.

Nous donnons ci-après l'indication d'observations qui existent dans la littérature médicale mais que nous n'avons pu nous procurer :

Brown. — Transactions medico-chirurgical. Edinburg (1824).

Zepuder. — Wiener medicinische Presse (1865).

Krug. — Jahresbericht der Gesellschaft für Natur. und Heilkunde (Dresden, 1877).

Von Schüppel. — In Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, t. VIII. — Erste Hälfte, zweite Abtheilung (1880).

Il y a six observations citées par V. Schüppel.

Nous rapportons le cas de Gôller.

Cobbold. — In Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medizin, et in *Leuckart*, Die Menschlichen Parasiten (1880).

Oks. — Petersb, med. Wochenschrift, VIII, p. 229 (1883).

Ces dix observations sont à ajouter à celles que nous rapportons plus haut.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

PANCRÉAS. — Le chapitre de l'anatomie pathologique dans le cas de migration intra-pancréatique des Ascarides lombricoïdes est fort court. Les auteurs se contentent de rapporter les observations, sans insister sur les lésions produites par les parasites.

Le nombre des Ascarides est variable : le plus souvent un seul Ascaris. On en a trouvé d'avantage : 6 dans un cas de Klebs. Tantôt ils vivent encore, tantôt ils sont morts. Ordinairement le canal pancréatique est dilaté plus ou moins, Mais son calibre peut rester presque normal. Dans l'observation de Gmelin il est dit que « l'orifice du canal pancréatique n'était point dilaté ni ulcéré ». La muqueuse subit des modifications semblables à celles que nous retrouverons pour la muqueuse des conduits biliaires.

La glande elle-même peut être envahie par les Ascarides. John Pearson-Nash en a trouvé un inclus dans le pancréas. Les lésions qu'ils y déterminent sont variables et peuvent se comparer à celles du foie. Brera parle d'une femme, dont le conduit pancréatique était obstrué par un lombric, qui avait, pendant la vie,

donné des signes non équivoques de « squirrhosité du pancréas ».

Drasche signale un abcès du pancréas.

FOIE. — L'anatomie pathologique du foie a été mieux étudiée que celle du pancréas dans le cas de migration intra-hépatique des *Ascarides lombricoïdes*.

Le nombre des parasites trouvé dans chaque cas est variable : tantôt un seul *Ascaris*, tantôt deux, tantôt cinq ou même davantage (plus de 20 dans l'observation de Vinay, 80 dans celle de Kartulis). Ces *Ascarides* sont de différente taille. Kartulis dit qu'en général ils sont moins gros que ceux de l'intestin grêle.

Ils peuvent être vivants ou morts. Leur mort est plus ou moins récente. Quelquefois ils sont « mous, flétris et comme macérés ». On en a trouvé un qui desséché, formait le centre d'un calcul biliaire (Lobstein).

Les *Ascarides lombricoïdes* pénètrent dans toutes les parties du foie. On les a rencontrés (Davaïne) :

- 1° En partie dans le canal cholédoque, le reste du ver étant encore dans le duodenum ;
- 2° Dans le conduit cholédoque ou la vésicule ;
- 3° Dans les conduits biliaires plus ou moins dilatés sans altération du foie ;
- 4° Dans ces conduits rompus ;
- 5° Dans le tissu du foie plus ou moins altéré ;
- 6° Dans un Kyste hydatique du foie ;
- 7° Dans le tissu du foie avec abcès.

Les *Ascarides* pénètrent donc dans le canal cholédoque où ils se cantonnent quelquefois. Ce canal est le plus souvent dilaté uniformément, comme une plume d'oie ou même comme une petite saucisse (Rokitansky).

Cette dilatation peut n'être pas la même partout. Les Ascarides en effet se pelotonnent dans une sorte de loge qu'ils se créent aux dépens de la paroi du cholédoque. Ordinairement on trouve encore les Ascarides dans le cholédoque. Mais il arrive parfois qu'on constate bien la dilatation, mais qu'on ne rencontre pas de parasites : c'est que ceux-ci sont retournés dans l'intestin.

On peut en dire autant pour tous les canaux biliaires; ils sont tous plus ou moins dilatés.

La première conséquence de cette dilatation consiste en des modifications variables de la muqueuse et des parois des canaux biliaires. Laënnec décrit ces altérations de la muqueuse : « La muqueuse des voies biliaires offrait par endroits des rougeurs très marquées et accompagnées d'un peu d'épaississement de cette membrane. Dans quelques points elle était rongée et totalement détruite ».

Dans le cas de Kartulis « tous les conduits biliaires étaient très dilatés et dépourvus de muqueuse ».

Dans une observation de Pellizzari il est dit « qu'on voyait dans les canaux biliaires dilatés des rougeurs causées par des arborisations sanguines vasculaires délicates avec un gonflement des tuniques.

Leur muqueuse, tantôt lisse et tantôt rugueuse, était baignée par une humeur jaune verdâtre, filante, qui contenait des cellules épithéliales cylindriques, des œufs de lombrics, et quelques globules granuleux d'exsudation. »

Les parois des canaux biliaires, distendues, peuvent s'amincir. Mais elles peuvent aussi s'épaissir : « les con-

duits biliaires, autour des Ascarides, n'étaient pas seulement dilatés, mais encore épaissis ou incrustés de concrétions biliaires (observation de Virchow »).

Les canaux biliaires peuvent être perforés. Les Ascarides sont-ils des agents actifs de cette perforation. Davaine ne l'admet pas. « On a observé, dit-il, des cas de rupture des conduits biliaires par suite de leur obstruction causée par un calcul. Les lombrics peuvent donc produire la perforation d'une manière passive, comme le fait un calcul biliaire. » Cette théorie peut être acceptée dans certains cas, mais il n'en reste pas moins vrai que la perforation des canaux biliaires sains ou peu altérés, de même que celle de l'intestin sain, est parfaitement possible. Les Ascarides arrivent alors au contact même du parenchyme hépatique. Nous verrons plus loin les altérations qu'ils y produisent.

La vésicule biliaire est quelquefois envahie par les Ascarides. Le premier cas a été inséré dans les Commentaires de Leipzig (1767): 3 Ascarides dans la vésicule. Dans l'observation de Laënnec, « la vésicule était pleine d'Ascarides; le conduit cystique n'était point dilaté, mais la membrane interne y formait des replis qui semblaient annoncer que le conduit avait été précédemment dilaté. » Dans les observations de Vinay, de Kartulis, la vésicule biliaire était remplie d'Ascarides. On conçoit que, dans ces cas, il ne reste plus qu'une certaine quantité de bile. Dans d'autres cas, on n'y trouve pas de ver. La vésicule peut renfermer « une bile jaunâtre et plusieurs caillots sanguins d'un rouge noir (Lebert) ». Elle peut être grosse, et contenir une bile verdâtre, consistante (Kirmsse). Dans le cas de Pisano,

la vésicule était vide, mais ses parois étaient épaissies, de couleur ardoisée, sans ulcération.

Il est évident que quand les *Ascarides* bouchent complètement les voies biliaires, il y a rétention biliaire complète. Le foie est alors une véritable éponge gonflée de bile (Lieutaud). Mais cette rétention peut n'être que partielle ; la bile trouve assez de place entre les parasites et la paroi des canaux pour s'écouler dans l'intestin, surtout quand les *Ascarides* se sont creusés des loges particulières aux dépens des conduits biliaires.

Il arrive que les *Ascarides* se logent dans le parenchyme même du foie. Dans l'observation de Laënnec, ils avaient creusé « de petites cavités dont quelques-unes auraient pu loger une amande. Le foie présentait, dans les parois de ses excavations, un tissu mollasse, fongueux et plus rougeâtre que partout ailleurs. » Le parenchyme hépatique environnant présente tous les caractères d'une inflammation chronique,

Mais, le plus souvent, il y a formation d'abcès au sein du parenchyme hépatique.

Dans quelques cas (Dourlen, Tonnelé, Forget), l'aspect extérieur du foie reste normal.

Dans d'autres, le foie est plus ou moins hypertrophié. Les abcès peuvent être à sa surface. Il peut être adhérent au diaphragme.

Le nombre des abcès est variable. Il est possible de n'en rencontrer qu'un seul (Dourlen). Ordinairement, il en existe plusieurs, de dimensions différentes (Lebert, Scheuthauer, etc.). Leur grosseur va de celle d'un pois à celle d'une noix ou même d'une pomme (Lebert).

Quelle est la constitution de ces abcès ? Voici la description qu'en donne Pellizzari :

« Les cavités contiennent une petite quantité de liquide granuleux, blanc jaunâtre, dans lequel le microscope reconnaît des globules de pus, des cellules épithéliales cylindriques, et une grande quantité d'œufs d'*Ascarides*. Leur capacité est exactement en rapport avec le contenu ; leur surface est tapissée d'une couche de fibrine concrète. Quant au parenchyme environnant il est plus coloré, plus dur, vu les transsudations de matière plastique. En un mot il a les caractères de l'inflammation chronique. »

Davaine n'admet pas cette inflammation chronique, mais une inflammation aiguë, pour l'excellente raison qu'il refuse aux *Ascarides* le droit de vivre longtemps dans les canaux biliaires ou le foie.

On trouve souvent dans les abcès des œufs d'*Ascarides*. On y rencontre parfois les parasites eux-mêmes, mais il arrive que les foyers purulents, surtout quand ils sont en grand nombre, sont dépourvus de vers.

Scheuthauer consacre une longue description aux abcès qu'il a trouvés dans le foie d'un enfant de 4 ans. « A la place du parenchyme hépatique on rencontre ou une matière dure, sèche, grisâtre, ou plutôt des cavités de la grosseur d'un pois remplies d'une masse caséuse ou d'une bouillie semblable à du pus tuberculeux. Au microscope, on constate dans l'abcès un épaissement marqué de l'adventice des canaux biliaires interlobulaires, un épaissement du tissu interlobulaire, qui, rempli de petites cellules rondes, pénètre dans les acini et se substituait enfin à eux. L'amas des cellules a la forme d'un syphilome. Ce sont elles qui, devenant caséuses, ont donné un pus semblable à du pus tuber-

culeux. Cè qui explique la transformation caséuse c'est l'excès des jeunes cellules, et la compression des vaisseaux sanguins interlobulaires autour des canaux interlobulaires. Les altérations ne se trouvent pas seulement dans le voisinage des Ascarides, mais dans tous les foyers créés par les vers. Les abcès contenant des Ascarides renferment des œufs ; un foyer caséux, sans ver, en renferme également ; un autre abcès ne contient point d'*Ascaris* ni d'œufs.

En résumé ces abcès ne sont pas de vrais foyers de pus, mais des ilots ayant subi la transformation caséuse par suite de l'énorme accumulation de petites cellules rondes. »

On ne saurait admettre sans restriction l'opinion de Scheuthauer. Il fait une distinction trop subtile entre la transformation caséuse et la transformation purulente. Sinnhold a trouvé « plusieurs abcès pleins d'un pus jaune-verdâtre, épais, non odorant ». Kartulis déclare également que ce sont de véritables abcès.

Dans les parties qui environnent les abcès il s'opère toujours un travail de congestion et d'induration (Bonfils). C'est ce qui peut expliquer l'oblitération consécutive complète des voies biliaires qui venaient s'ouvrir dans les abcès vermineux. Ces abcès, en effet, paraissent quelquefois isolés. Ils ne communiquent plus avec les voies biliaires ; dans quelques cas cette communication peut être dissimulée, mais mise en évidence comme l'a fait Pellizzari.

Ces collections purulentes peuvent devenir considérables et s'étendre vers le poumon où elles entrent en communication soit avec la plèvre, soit avec les bron-

ches. L'observation de Lebert en est un bel exemple : « Un des abcès a largement perforé le diaphragme. Son ouverture de plus de 1 centimètre de diamètre communique avec la base du lobe pulmonaire inférieur droit, non seulement par une large ouverture, mais aussi par un certain nombre de petits trous, et la partie correspondante du poumon est comme criblée de ces petites ouvertures qui conduisent dans des infiltrations purulentes du parenchyme pulmonaire et qui, par une communication directe avec les bronches, ont provoqué un pneumothorax. »

« Il se peut même qu'un tel abcès s'ouvre au dehors, à l'épigastre ou dans l'hypochondre droit, et donne issue à des lombrics dont le trajet à travers l'organe hépatique ne pourrait être soupçonné, s'il n'y avait en même temps un écoulement de bile par la plaie (Davaine). » Dans le cas de Kirkland, on voit un abcès s'ouvrir sur le bord des fausses côtes du côté droit et donner issue à une grande quantité de pus avec un ascaride lombricoïde; une fistule biliaire resta comme preuve que l'entozoaire provenait bien des voies biliaires, et que, tout incomplète qu'elle fût, il y avait eu guérison.

Borger rapporte le cas d'un abcès métastatique du muscle grand pectoral à la suite d'abcès vermineux du foie.

Mais pourquoi y a-t-il formation d'abcès dans le foie ? Laënnec les avait attribués à l'action de l'appareil de succion des Ascarides lombricoïdes. Leuckart partage cette opinion. Mais Davaine la rejette, d'abord parce que « l'action de la bouche des Ascarides est une hy-

pothèse », et qu'ensuite on trouve de nombreux abcès plus ou moins éloignés l'un de l'autre avec un seul ver. Il attribue ces abcès en partie à la migration du ver comme corps étranger, en partie à la stase biliaire.

Scheuthauer pense « qu'ils ne sont pas causés par la rétention biliaire, mais par l'action directe, locale, prolongée, des *Ascarides* vivants ».

Von Siebold déclare que les *Nématodes* ont le corps humide, et que cette humidité possède des propriétés caustiques.

Le Docteur Huber, en faisant des recherches sur les *Ascarides lombricoïdes*, eut un fort urticaire, des douleurs d'oreille, et une violente conjonctivite. On pourrait donc supposer que les *Ascarides* provoquent les altérations du foie, grâce à une substance qu'ils sécrètent et qui agit chimiquement.

La bactériologie vient détruire toutes ces théories. Les abcès sont produits par des microbes véhiculés par les *Ascarides* eux-mêmes.

Le Professeur Guiart l'a parfaitement démontré. « Cette inflammation peut se comprendre très facilement, car le parasite provenant de l'intestin entraîne forcément avec lui des germes pyogènes qu'il va venir inoculer dans le foie, contribuant ainsi directement à la formation des abcès. » A la faveur des traumatismes déterminés dans le foie par les *Ascarides lombricoïdes*, les nombreuses bactéries puisées dans l'intestin se multiplient et déterminent la formation d'abcès.

On a rencontré aussi un *Ascaride lombricoïde* dans un kyste hydatique du foie. « Quand un kyste de cette nature, dit Davaine, entre en communication avec un

conduit biliaire, les hydatides peuvent s'engager dans ce conduit, puis, cheminant comme des calculs, par l'élargissement progressif du canal, elles arrivent enfin dans l'intestin. Dans le cas de Røederer et Wagler, le kyste était en communication avec les conduits biliaires, la bile même y avait pénétré. N'est-il pas presumable que quelques-unes des plus petites hydatides s'étaient engagées dans ces conduits, les avaient dilatés, et que le ver, trouvant leur orifice béant, s'y était engagé? »

En résumé, comme l'ont déjà fait remarquer plusieurs auteurs (Bonfils, Bossuat), il y a analogie frappante entre les altérations des conduits biliaires et les lésions observées dans le tube digestif, déterminées les unes et les autres par les *Ascarides lombricoïdes*. Dans l'intestin on a signalé : l'inflammation, l'épaississement, le ramollissement, l'ulcération et la perforation des tuniques intestinales, et la formation d'abcès vermineux abdominaux. Dans le foie, on observe également l'inflammation, l'épaississement, le ramollissement, l'ulcération, la perforation des conduits biliaires, et la formation d'abcès vermineux du foie.

SYMPTOMATOLOGIE

L'étude clinique des migrations intra-pancréatique et intra-hépatique des *Ascarides lombricoïdes* se dégage des observations qui ont été rapportées. Le plus grand nombre des auteurs donne à la fois le résultat des autopsies, et le compte rendu des symptômes constatés pendant la vie.

PANCRÉAS. — Il est difficile de donner une symptomatologie bien nette dans le cas de pénétration intra-pancréatique d'*Ascarides lombricoïdes*. C'est que les observations sont peu nombreuses.

Comme nous le verrons pour le foie, les symptômes peuvent manquer : les *Ascarides* s'installent dans le pancréas sans bruit.

D'autre part, il existe souvent en même temps des *Ascarides lombricoïdes* dans le pancréas et dans le foie. Les lésions hépatiques évoluent à grand fracas et attirent toute l'attention, tandis que les lésions pancréatiques passent inaperçues (observation de Vinay, de Hayner).

D'ailleurs, il s'agit de lésions de pancréatite. Celles-ci n'acquièrent un intérêt clinique que lorsqu'elles sont assez aiguës pour aboutir à la suppuration (pancréatite suppurée) ou assez profondes pour entraîner la dégénérescence totale du pancréas et la sclérose de la glande (pancréatite scléreuse).

Brera semble donner un exemple de sclérose du pancréas : « Conduit pancréatique complètement obstrué chez une femme qui, pendant la vie, avait donné des signes non équivoques de squirrhosité du pancréas ». Mais cela ne suffit pas pour faire le diagnostic de cause.

Dans le cas d'abcès vermineux du pancréas, on pourrait trouver la région épigastrique particulièrement sensible.

Les altérations du pancréas n'entraînent pas de troubles digestifs caractéristiques. Pourrait-on signaler des vomissements pancréatiques survenant plusieurs heures après le repas, et contenant un liquide visqueux et filant, de la diarrhée pancréatique, caractérisée par la présence de graisse non émulsionnée (stéarrhée)? Les altérations pourraient-elles être assez étendues pour donner un symptôme important : le diabète pancréatique?

En somme, il s'agit là d'une symptomatologie bien obscure. Pas de signe clinique net, pas de symptôme saillant. S'il est permis de soupçonner parfois une lésion pancréatique (et cela encore est difficile), il est presque impossible de la rapporter à la cause qui l'a produite.

FOIE. — La pénétration des Ascarides lombricoïdes dans les voies biliaires et dans le foie s'accompagne d'ordinaire de symptômes variés.

Cependant, il faut tout d'abord faire une restriction : c'est que la présence des Ascarides dans les voies biliaires « peut être sans inconvénient, et la lésion hépatique s'offre, escortée de symptômes vagues (Bonfils) ». On trouve des Ascarides dans le foie, alors que rien n'avait pu faire soupçonner leur présence.

Dans l'observation de Cruveilhier, il s'agit d'une

femme morte de pneumonie latente. En détachant le foie, on divise deux Ascarides contenus dans le canal hépatique. Trois autres vers sont logés dans des divisions peu considérables de ce canal. La malade n'avait éprouvé aucun symptôme du côté de l'abdomen.

Tonnelé raconte qu'il a rencontré un Ascaride lombricoïde à demi introduit dans la cavité du conduit cholédoque qu'il remplissait tout entier. Il n'en était résulté aucun accident.

Dans ces deux observations, les symptômes font totalement défaut. Il en existe de bien minimes dans celle de Forget : une femme morte de pneumonie. Elle a eu de la fièvre, de la dyspnée, des *vomissements glaireux et bilieux* ; *l'épigastre était un peu douloureux à la pression*. A l'autopsie, on trouve un Ascaride lombricoïde dans le canal cholédoque, et dans la division droite du canal hépatique un abcès du volume d'une noix renfermant un ver lombricoïde mou, flétri, comme macéré et mort depuis longtemps.

On pourrait objecter que, lorsque les symptômes ont manqué pendant la vie, il s'agit d'une migration post mortem. Mais dans l'observation de Cruveilhier, les Ascarides se sont déjà avancés fort loin ; et il faudrait pouvoir expliquer la formation d'abcès, comme dans l'observation de Forget. Il est même probable que, dans cette dernière, l'abcès était formé depuis longtemps, à une époque antérieure à l'affection dont est morte la malade. Les légers symptômes qu'on a notés (vomissements, douleur à la pression, à l'épigastre) doivent être attribués à la pénétration du second Ascaride trouvé dans

le cholédoque. L'abcès avait évolué sans symptômes bien nets.

Il reste donc vrai que, dans quelques cas, les lésions hépatiques peuvent passer inaperçues.

Mais, dans la plupart des cas, la pénétration des *Ascarides lombricoïdes* dans le foie détermine des troubles graves, le plus souvent mortels. Comme le dit Bonfils, « chaque fait a une physionomie particulière, un cachet propre. On retrouve le caractère protéique de la symptomatologie vermineuse. Les symptômes sont, il est vrai, moins variés que dans les affections vermineuses intestinales. Mais le sujet est plus restreint et moins connu.

Les symptômes les plus fréquents sont ceux de l'hépatite aiguë.

Souvent le début se fait par un accès de fièvre complet avec frisson intense. La malade de Lebert « est prise tout à coup d'un accès violent de frissons suivi de chaleur et de fièvre ». Le malade de Vinay est « subitement pris de frissons répétés ».

En même temps que la fièvre il y a des douleurs au niveau du foie. Ces douleurs peuvent être plus ou moins vives. Elles sont quelquefois lancinantes, comme dans le cas de Vinay. Dans celui de Lebert, elles sont vagues et sourdes. Elles siègent ordinairement dans la région de l'hypochondre droit, mais elles peuvent se propager à l'épigastre, et parfois même à l'épaule droite et dans la région de la rate (observation de Sinnhold). Elles sont exagérées par la pression ; l'hypochondre droit est particulièrement douloureux.

La percussion et la palpation dénotent la plupart du temps que le foie est augmenté de volume. Il peut rester

de volume à peu près normal, mais le plus souvent il déborde les fausses côtes (de trois travers de doigt dans l'observation de Lebert).

L'abdomen est ballonné; il y a quelquefois de l'ascite. Il existe de la tension surtout marquée au niveau de l'hypochondre droit. Dans un cas (*Bulletin général de thérapeutique, médicale et chirurgicale*, 1846), on sentait dans le ventre surtout du côté droit, de nombreuses tumeurs qu'on regarda comme des masses tuberculeuses. A l'autopsie on trouva, surtout dans le cœcum, de nombreuses masses formées par des Ascarides lombricoïdes qui, pendant la vie, faisaient croire, à la palpation, à des tumeurs mésentériques.

Il est impossible, par la palpation, de déterminer la présence d'abcès dans le foie, car ils sont ordinairement peu volumineux, et le plus souvent situés dans la profondeur de l'organe.

Puis apparaissent de bonne heure des symptômes généraux. Les malades ont des nausées et des vomissements. Ceux-ci sont glaireux et bilieux la plupart du temps. Ils sont rares (observation de Tonnelé), ou répétés (observation de Sinnhold). Ils contiennent quelquefois des Ascarides lombricoïdes; dans l'observation de Borger un grand nombre de vers fut expulsé par la bouche.

Tantôt il y a de la diarrhée, tantôt de la constipation. Quand il existe de l'ictère, il peut y avoir décoloration plus ou moins prononcée des matières fécales. Dans le cas de diarrhée les selles peuvent être très fréquentes (observation de Lebert). Il existe parfois une diarrhée profuse qui emporte le malade (observation de Kartulis).

Dans les selles on peut constater la présence d'Asca-

rides lombricoïdes en plus ou moins grand nombre (observations de Borger, de Sinnhold, etc.).

La coloration blanchâtre des matières fécales indique que la bile ne s'écoule plus librement dans l'intestin ; il y a ictère, mais cet ictère n'est pas obligatoire. Il est bien évident que quand les Ascarides ont pénétré jusque dans le tissu hépatique la bile arrive facilement dans le duodénum. Pour qu'il y ait ictère il faut que les Ascarides soient dans le canal cholédoque. Celui-ci peut très bien n'être pas complètement obstrué par les Ascarides et la bile peut encore arriver dans l'intestin (cas de Pellizzari). Elle le peut d'autant mieux que les Ascarides se creusent parfois des sortes de cavités aux dépens des parois du cholédoque : la lumière du canal reste libre. Il existe donc des cas où l'ictère n'apparaît pas. Pour Pellizzari la jaunisse ne dépend pas toujours de la réabsorption des principes de la bile entravée dans la liberté de son écoulement. Elle peut aussi reconnaître pour cause immédiate soit l'état irritatif et fluxionnaire du foie qui succède à cet arrêt, soit la compression des vaisseaux sanguins qui provoque le trouble ou la cessation complète de la sécrétion hépatique.

Quoi qu'il en soit de cette opinion, la jaunisse est souvent constatée. Cet ictère est parfois peu prononcé ; les sclérotiques sont légèrement jaunes, la peau est à peine colorée (observation de Vinay). Mais il peut être généralisé et très intense (observation de Schloss), Il diminue quelquefois même quand l'affection évolue et que d'autres symptômes persistent ; c'est sans doute que les Ascarides continuent leur chemin et s'enfoncent plus avant dans le foie, laissant libre l'écoulement de la bile dans le duodénum (observation de Sinnhold).

Dans cet ictère par rétention, les urines sont rouge-foncé et contiennent du pigment biliaire décelé sous forme de biliverdine par l'acide azotique (observation de Schloss). Le sérum sanguin prend une coloration jaune, verdâtre ; il y a de la cholémie.

Enfin, il existe un grand nombre des symptômes qui accompagnent habituellement l'ictère : troubles gastro-intestinaux, xanthopsie, ralentissement du pouls, etc.

L'état général des malades est mauvais. L'appétit est nul ; la soif est vive. La langue est chargée ou rouge et sèche. Il y a de la fièvre. Ce n'est pas une fièvre continue ; elle survient plutôt par accès (observation de Kartulis) pouvant faire songer au paludisme, surtout dans les cas où les malades ont eu précédemment des accès de fièvre paludéenne (observation de Vinay), mais la rate n'est pas grosse.

Les malades ont de la céphalalgie (observations de Vinay, de Lebert). Ils souffrent de bourdonnements d'oreille (observation de Lebert). Ils ont des vertiges, ils sont agités, ils ne dorment pas. Ils maigrissent rapidement. On sent très bien le foie à travers la paroi abdominale émaciée (observation de Sinnhold). Le pouls devient rapide : 90-120 pulsations à la minute.

Tous ces symptômes vont en s'aggravant, et les malades meurent.

C'est donc là une affection grave. Il s'agit d'une hépatite aiguë. Bonfils propose de l'appeler hépatite vermineuse : c'est ordinairement une hépatite vermineuse suppurée.

Ces symptômes d'hépatite aigue suppurée sont les plus fréquents. Mais il n'en est pas toujours ainsi : la

symptomatologie peut être fruste. Il semble qu'il s'agisse simplement d'une colique hépatique. Et, en effet, les *Ascarides lombricoïdes* ne peuvent-ils pas agir comme des calculs biliaires ?

Wierius rapporte le cas d'une jeune fille qui avait des coliques violentes. La menstruation était mal établie. On croyait que ces coliques tenaient tantôt de la colique hépatique tantôt de cette menstruation irrégulière. La malade fut prise d'accidents hectiques et succomba.

Dans l'observation de Dourlen, le malade avait la face livide et cadavérique. Depuis deux ans il avait, une ou deux fois par jour, des douleurs si violentes dans la région du foie qu'elles le jetaient dans une sorte d'évanouissement qui durait quelques minutes. Il avait, en outre, des vomissements biliaires considérables et de la diarrhée bilieuse. Le malade mourut.

Schloss constata chez une malade les signes d'une véritable colique hépatique. Elle avait des douleurs épigastriques très intenses, s'irradiant vers les hypochondres, la région ombilicale et la région lombaire, avec de fréquentes exacerbations. Le corps présentait une coloration jaune-verdâtre très intense. Il y avait eu apparition brusque des douleurs. Elles cessèrent après l'expulsion d'un *Ascaride lombricoïde* par la bouche. La malade guérit, et on ne trouva jamais dans ses selles d'autre *Ascaris*, ni de calcul biliaire.

Dans l'observation de Sinnhold, il y eut d'abord ictère avec douleurs légères. L'ictère s'atténua, mais les douleurs allèrent en augmentant, tantôt dans la région du foie, tantôt dans celle de la rate, et plus tard dans l'épaule droite. La malade succomba.

Dans le cas de Kartulis, les douleurs semblent être le symptôme prédominant. Le malade se plaint de douleurs et d'élançements à l'hypochondre droit, et a l'air de souffrir beaucoup. Il a de la fièvre, de la diarrhée, il meurt cinq jours après le début de sa maladie.

Ce qui domine dans tous ces cas, c'est l'intensité de la douleur siégeant au niveau de l'hypochondre droit et allant en s'irradiant vers l'ombilic, vers les lombes, ou vers l'épaule droite. Il y a quelquefois de l'ictère, mais il peut manquer. La symptomatologie est celle d'une franche *colique hépatique* que Bonfils appelle *vermineuse*.

Dans d'autres cas « ce sont les phénomènes nerveux qui dominent la scène pathologique et qui peuvent devenir assez intenses et assez graves pour amener la mort » (Bonfils).

Dans l'observation de Carolo Lorry, un maniaque était pris de crampes assez douloureuses dans les mains, dans les bras, puis peu de temps après d'une semblable douleur dans chaque pied et dans les jambes; aussitôt succédaient à ces crampes, des convulsions générales violentes qui duraient plusieurs jours. Alors le malade en proie aux tortures les plus affreuses, poussant des lamentations, vomissant une grande quantité de lombrics, était glacé d'épouvante.

Dans le cas de Guersant, un jeune enfant entre à l'hôpital pour une affection cutanée légère. Il se plaint dans l'après-midi de coliques vives qu'il rapporte à l'épigastre et qui vont en augmentant vers le soir. Un cataplasme laudanisé semble le calmer, mais dans la nuit il est pris de convulsions généralisées et succombe.

Rœderer et Wagler disent à propos de l'autopsie

d'un soldat : « C'est un exemple singulier et mémorable de la maladie muqueuse à cause du lombric trouvé dans un canal pratiqué dans le foie et des *phénomènes nerveux* prédominant sur les autres ».

Hayner (in Davaine) rapporte un cas et Kirmsse (*Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin*, par Schmidt, 1838) plusieurs cas de migration intra-hépatique d'*Ascarides lombricoïdes* tous chez des aliénés. Wunderlich déclare à ce propos que « les parasites paraissent être la cause de l'altération psychique ».

Donc la présence des *Ascarides lombricoïdes* dans le foie peut amener des troubles nerveux graves, des convulsions assez violentes pour déterminer rapidement la mort. Ils pourraient être aussi la cause de certains troubles psychiques.

Pour résumer nous concluerons avec Bonfils, que tous les phénomènes pathologiques observés à la suite de la pénétration des *Ascarides lombricoïdes* dans le foie peuvent être ramenés à plusieurs genres de maladies :

Hépatite vermineuse suppurée.

Colique hépatique vermineuse.

Convulsions vermineuses.

Troubles psychiques vermineux.

DIAGNOSTIC

Les symptômes sont nombreux et variés. Peuvent-ils permettre de faire un diagnostic sûr ?

Davaine prétend que dans aucun des cas connus la présence des lombrics n'a été soupçonnée.

Il regarde le cas de Schloss comme très douteux : « Un cas de guérison d'un ictère occasionné par l'introduction d'un lombric dans le méat cholédoque a été publié dernièrement ; mais en l'absence d'un signe plus ou moins certain, plus ou moins probable de cette introduction, on ne peut regarder un ictère qui disparaît rapidement après l'expulsion par la bouche ou par l'anus d'un Ascaride lombricoïde, comme étant le fait de ce lombric. Aussi nous considérons comme fort incertain le cas du Docteur Schloss. »

Schloss semble cependant avoir posé un diagnostic ferme : « La brusque apparition des phénomènes morbides, sans causes morales ou physiques appréciables, leur intensité caractérisée par des douleurs très violentes, jointe à la coloration extrêmement foncée de la peau, à des vomissements, etc., intensité comparable à celle des symptômes déterminés par la présence d'un calcul dans les voies biliaires ; la diminution si rapide de tous les

phénomènes après le rejet d'un ver ; tous ces motifs réunis et joints à l'absence de coliques extérieures m'ont porté à considérer l'Ascaride comme corps étranger ayant pénétré dans les voies biliaires et mis par là obstacle au cours de la bile. »

Bonfils « s'associe pleinement à cette opinion qui lui paraît la seule vraie dans ce cas ».

Vidal se range aussi à cet avis.

D'autres auteurs auraient fait le diagnostic de pénétration intra-hépatique d'Ascarides lombricoïdes. Batterbury, à propos d'une jaunisse chez un garçon de six ans, dit qu'elle est due à l'obstruction du cholédoque par un Ascaris. « Il est possible, ajoute-t-il, que la présence des lombrics soit une cause plus fréquente de jaunisse passagère chez les enfants qu'on ne le suppose ordinairement. »

Padley attribue aussi une jaunisse constatée chez une petite fille de cinq ans à la pénétration partielle d'un Ascaris dans le canal cholédoque.

Dans tous ces cas des Ascarides ont été expulsés soit par la bouche soit par l'anus. Il y a eu ictère ; il est possible d'en discuter la cause. On pourrait dire que la présence des Ascarides coïncidait avec l'ictère, ou que celui-ci s'est produit parce que l'ouverture du cholédoque dans le duodénum était obstruée par un paquet d'Ascarides, ou encore, comme le déclare Batterbury, que « la présence des parasites a produit un catarrhe du canal et causé la jaunisse ».

Ces interprétations sont plus ou moins vraisemblables, mais n'est-il pas plus naturel d'admettre que l'ictère est dû à l'introduction d'Ascaris dans le canal cholédoque ?

Il semble donc qu'on puisse faire le diagnostic de migration intra-hépatique d'*Ascarides lombricoïdes*. Sur quels signes baser ce diagnostic ? Il y aura d'abord des symptômes gastro-intestinaux : anorexie, soif vive, vomissements glaireux ou bilieux, diarrhée ou constipation. Le foie sera hypertrophié et la région de l'hypocondre droit sera le siège de douleurs plus ou moins aiguës, apparues en général brusquement.

On constatera souvent dans les vomissements ou dans les selles la présence d'*Ascarides lombricoïdes*. Ce sera là un des meilleurs signes en faveur du diagnostic qu'on cherche à poser.

Un symptôme de grande valeur sera constitué par l'ictère. Il faudra évidemment songer à toutes les causes susceptibles de produire la jaunisse. On les éliminera successivement et on sera parfois en droit d'affirmer, surtout quand on aura constaté l'expulsion d'*Ascarides* par la bouche ou par l'anus, qu'il s'agit de pénétration dans le foie d'*Ascarides lombricoïdes*.

Il est souvent très difficile de rapporter l'ictère à une cause certaine, et c'est là l'écueil auquel on se heurte. Mais un diagnostic ne se fait pas d'après un seul signe, et c'est la réunion de tous les symptômes que nous avons énumérés qui fera poser le diagnostic.

Ce n'est certes pas chose facile, surtout quand la symptomatologie est fruste, ou quand l'affection simule une véritable colique hépatique ou fait songer à une menstruation irrégulière et douloureuse, ou quand la présence des *Ascarides* se traduit presque exclusivement par des convulsions ou des phénomènes nerveux, ou même par des symptômes psychiques.

Mais il faut penser à cette possibilité de l'introduction des Ascarides dans le foie. Elle n'est évidemment pas très fréquente, mais elle se fait pendant la vie et on doit chercher à en poser le diagnostic.

Dans aucune des observations que nous rapportons, nous n'avons constaté qu'on se fût aidé, pour poser un diagnostic, de recherches microscopiques. Dans des cas où l'attention serait attirée sur le foie, où la présence des Ascarides serait soupçonnée, il faudrait rechercher les œufs des parasites dans les selles.

PRONOSTIC

C'est une affection grave, la plupart du temps mortelle. Les malades sont quelquefois emportés en quelques jours. Mais elle n'entraîne pas fatalement la mort ; il y a eu certainement des cas de guérison, surtout quand les *Ascarides lombricoïdes* n'ont pas pu s'introduire profondément dans le foie. Ils peuvent revenir dans l'intestin soit, comme le dit Leuckart, en faisant demi-tour sur eux-mêmes, soit en cheminant la queue la première.

Dans ces cas il est possible que les lésions hépatiques n'aient pas été considérables.

Il peut même se faire qu'un *Ascaride lombricoïde* traverse le foie et vienne sortir par un abcès costal, comme dans le cas de Kirkland. Il y eut guérison ; il persista une fistule biliaire par où s'écoulait chaque jour une certaine quantité de bile, indiquant bien qu'il y avait communication du conduit biliaire dans lequel s'était introduit le ver, et le foyer de l'abcès.

Peut-on, quand on a soupçonné la présence d'*Ascarides lombricoïdes* dans le foie, essayer d'instituer une théra-

peutique⁹ On pourra donner des anthelminthiques : de la santonine, et de préférence du calomel. Il semble qu'on puisse obtenir quelques résultats quand les Ascarides n'ont pas dépassé le canal cholédoque, Schloss, Batterbury et Padley paraissent avoir réussi dans ce cas.

On peut donc essayer cette médication surtout chez les enfants, chez lesquels on constate souvent de la jaunisse sans pouvoir en expliquer la cause.

A cette époque d'intervention chirurgicale à outrance, ne serait-il pas possible de rencontrer un jour dans une opération sur le foie des Ascarides lombricoïdes ?

CONCLUSIONS

I. — Les idées anciennes au sujet de la migration des *Ascarides lombricoïdes* dans le pancréas et dans le foie ne sont plus acceptables. Cette migration ne se fait pas après la mort de l'hôte, comme le veut Davaine, mais pendant sa vie.

II. — Les *Ascarides lombricoïdes* peuvent parfaitement vivre et se développer dans le pancréas et dans le foie. La bile n'est pas un anthelminthique, pas plus que le suc pancréatique. C'est à l'état jeune que les *Ascarides* pénètrent dans ces organes : point n'est donc besoin d'admettre une dilatation préalable des canaux biliaires ou pancréatiques.

III. — Les lésions du pancréas, des voies biliaires et du foie, sont variées. On constate le plus souvent dans le foie : la dilatation des canaux biliaires, des altérations de ces canaux et leur rupture ; des lésions du parenchyme hépatique avec abcès vermineux.

Les lésions du pancréas sont comparables à celles du foie.

IV. — Les symptômes de l'introduction des *Ascarides lombricoïdes* dans le pancréas sont peu connus : ce sont ceux de pancréatite suppurée et de pancréatite scléreuse.

Dans le cas de migration des *Ascarides* dans le foie, les symptômes sont variés. Les principaux sont : troubles gastro-intestinaux, vomissements bilieux ou glaireux, diarrhée ou constipation, ascarides dans les vomissements ou dans les selles, douleur à l'hypochondre droit, hypertrophie du foie, ictère.

Quelquefois ce sont des symptômes nerveux, des convulsions ou des troubles psychiques.

Les symptômes peuvent faire presque totalement défaut.

V. — Le diagnostic est difficile. Il se basera sur les symptômes constatés.

Le pronostic est grave ; le plus souvent les malades succombent.

Le Président de la Thèse,

A. PIC.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 28 novembre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Ascarides lombricoïdes dans le pancréas

- BARTHOLIN-THOMAS. — *Epistola medicina Cent.*, I, *Epistola*, 62 (1644).
- BRERA. — *Memorie fisico-med. sopra i princip. vermi del corp. umano* (1811).
- DAVAINE. — *Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques* (1877).
- ENGEL. — *Oesterr. med. Jahrbücher XXIII und XXIV* (1841), et in *Von Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*.
- FRIEDREICH. — *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemssen, zweite Hälfte* (1878), et l. VII, p. 647. *Krankheiten des Pancreas*.
- HAYNER. — *Nasse Zeitschrift für psych. Aerzte*, I, iv, p. 514 (1818).
- KLEBS. — *Handbuch der pathologischen Anatomie*, p. 553 (1869).
- LIEUTAUD. — *Historia anatomico-medica*, l. I, observation 1062 (1767).
- MAUCHART-GMELIN. — *Diss. Tübing.* (1738). *Lumbrici teretes in Ductu pancreatico reperti, etc...*

NASH JOHN PEARSON. — The British medical journal, t. II, p. 770 (1883).

ROKITANSKY. — Lehrbuch der pathologischen Anatomie, I. III (1861). Lumbricus in Pancreas.

VINAY. — Lyon médical, t. I, p. 251 (1869). Ictère généralisé, tenant à la présence de lombrics dans les voies biliaires.

Ascarides lombricoïdes dans le foie

BARGIONI. — L'Union médicale (novembre 1864). Ascarides lombricoïdes ayant pénétré dans le foie pendant la vie.

BATTERBURY. — The British medical journal (novembre 1878). Jaundice due to the presence of lumbrici.

BIRCH-HIRSCHFELD. — In Gerhardt's Handbuch, IV, II, p. 840 (1880).

BLOCH. — Abhandlung von Erzeugung der Eingeweidewürmer, p. 30 (1782).

BOELE (Abraham). — Diss. path. inaug. de vermibus intestinal. in viis biliferis repertis, VIII, p. 53 (1828).

BONFILS. — Archives générales de médecine, t. II, p. 661 (1858). Des lésions et des phénomènes pathologiques déterminés par la présence des vers ascarides lombricoïdes dans les canaux biliaires.

BORGER. — Münchener medicinische Abhandlungen, zweite Reihe. (Travaux de la clinique infantile de l'Université royale du professeur Ranke, 1891.)

BOUDON. — Des diverses espèces de coliques hépatiques. (Thèse de Paris, 1865.)

- BOURGEOIS. — L'Union médicale (1856), n° 69. Lombric dans une cavité propre.
- BROUSSAIS. — Histoire des phlegmons chroniques, 4^e éd., III (1826), p. 272.
- BROWN. — Medico-chirurgical transactions. Edinburg (1824).
- BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, XXXI, p. 211 (1846).
- BOSSUAT. — Les Helminthes dans le foie in Archives de Parasitologie (1902).
- CRUVEILHIER. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, Article : Entozoaires (1831).
- DAVAINE. — *Loco citato*.
- DOURLIN. — Journal de médecine de Leroux, IV, p. 346.
- DRASCHE. — Wiener medicinische Presse, XXIII (1882). Seltsame Wanderungen der Spulwürmer.
- ESTEVENET. — Bulletin de la Société anatomique, p. 396, Paris (1840).
- FAUCONNEAU-DUFRESNE. — Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas (1851).
- FLOGEL. — Oesterr. med. Jahrbücher (1835). Durchbohrung des Gallengangs von 2 Spulwürmern.
- FONTENELLES. — Revue médicale (septembre 1835). Perforation d'un conduit biliaire.
- FORGET. — L'Union médicale (1856). Ascarides dans les voies biliaires.
- FREERICH. — Klinik der Leberkrankheiten (1877). Traité pratique des maladies du foie, des vaisseaux hépatiques et des voies biliaires, traduit par Duménil et Pellagot.
- GOLLER. — Zur Kasuistik der Tuberculose. Diss. Tübingen (1879).
- GUERSANT. — Dictionnaire de médecine, XXI, p. 244 (1828).
- GUIART. — Rôle pathogène de l'ascaride lombricoïde in Archives de Parasitologie (1900).

- GUIART. — Les vers intestinaux In Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert.
- HAYNER. — *Loco citato*.
- HEAVESIDE. — Cité par *Brera* (Mem. prim., etc..., p. 207), in Davaine.
- KARTULIS. — Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde, n° 3, p. 65 (1887). Über einen Fall von Auswanderung einer grossen Zahl von ascariden in die Gallengänge und die Leber.
- KIRMSSE. — Allgemeine medicinische Zeitung, n° 53 (1837) et in Schmidt's Jahrbücher, I. XVIII.
- KRUG. — Jahresbericht der Gesellschaft für Nat. und Heilk. (Dresden, 1877.) *Ascaris lumbricoïdes* aus der Leber des Menschen.
- LAENNEC. — Dictionnaire des sciences médicales. Article : *Ascarides* (1812).
- LEBERT. — Traité d'anatomie pathologique, I, p. 412, et Atlas, I, planche 61 (1857).
- LECLERC. — Gazette des Hôpitaux (1844).
- LEUCKART. — Die menschlichen Parasiten, II, pp. 236-240.
- LIEUTAUD. — Historia anatomico-medica, I, p. 210 (1767).
- LOBSTEIN. — Catalogue du Musée anatomique de Strasbourg, n° 1086-1087.
- LORRY. — Commentaires de Leipzig, XIV, p. 664 (1767).
- OKS. — Petersburg medicinische Wochenschrift (1883). Spulwürmer in der Leber.
- PADLEY. — The British medical journal (1878). Jaundice and lumbrici.
- PELLIZZARI. — Presse médicale, n° 36 (1857) Durchbruch von II Spulwürmern in die Leber. — Lo Sperimentale (1864). XIII, pp. 44-56. Di sedici vermi lombricoïdi penetrati nei condotti biliari en nel fegato.

RÖDERER ET WAGLER. — Traité de la maladie muqueuse, traduit par Leprieur (1806).

ROKITANSKY. — Lehrbuch der pathologische Anatomie, I. III (1861).

SCHEUTHAUER. — Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung (1879). — Kasig zerfallende Herde in der Leber eines IV jähriger Knaben, bewirkt durch Spulwürmer der Lebergallengänge.

SCHLOSS ET WIDAL. — Gazette hebdomadaire (1856).

VON SCHUPPEL. — Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemssen, pp. 171-178 (1880).

SCHMIDT. — Jahrbücher der gesammten Medizin (1880).

SINNHOLD. — Jahrbuch für Kinderheilkunde (1878). Leberabcess nach Helminthiasis beobachtet.

STEINER. — Compendium des maladies des enfants, traduit par le Dr Keraval (1880).

TONNELÉ. — Journal hebdomadaire (1829). Lombric et trois abcès du foie.

VINAY. — Lyon-Médical (1869). Voir pancréas.

VIRCHOW. — Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medizin, t. XI, p. 81 (1857).

WUNDERLICH. — Handbuch der Pathologie und Therapie, I. III, 3^e partie, p. 341 (1856). Ascaris lumbricoïdes.

ZEPUDER. — Wiener medicinische Presse (1865). Ascariden in den Gallengängen der Leber.

ZEVIANI. — Memorie della soc. ital., III, p. 473.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE. — Etat actuel de la question	11
OBSERVATIONS :	
1 ^{er} Ascarides lombricoïdes dans le pancréas	18
2 ^o Ascarides lombricoïdes dans le foie.	19
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	53
SYMPTOMATOLOGIE	63
DIAGNOSTIC	73
PRONOSTIC.	77
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE.	81

